Rok LII. Kraków, dnia 1. lutego 1913. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Tak zwana kwasoodporność bakteryi gruźliczych w świetle badań chemicznych

przez

T. Koźniewskiego.

Pomiędzy bakteryami gruźliczemi a innymi drobnoustrojami istnieje bardzo wielka różnica pod względem zawartości substancyi lipoidalnych. Gdy w większości bakteryi ilość t. zw. tłuszczów nie przenosi kilku $^0/_0$, u bakteryi gruźliczych jest prawie zawsze większą od $20^0/_0$, a ma się wznosić do $40^0/_0$!

Stwierdził to pierwszy Hammerschlag w pracowni M. Nenckiego w r. 1889, podkreślił to następnie Koch i związał ten fakt z t. zw. kwasoodpornością bakteryi gruźliczych. Zależność tych dwóch charakterystycznych cech była istotnie prawdopodobną, toteż pogląd ten przyjęty został przez Klebsa, Unnę, Aronsona i rozszerzony na prątki trądu, oraz na kwasoodporne niechorobotwórcze prątki, podobne do prątków gruźliczych. Jednakże dalsze badania przyniosły fakty wręcz temu przeczące. Okazało się bowiem, że nawet bardzo dokładne wytrawianie bakteryi gruźliczych zapomocą rozpuszczalników, które służą jako najlepsze do wytrawiania tłuszczów, nie może pozbawić bakteryi t. zw. kwasoodporności. Zdawałoby się, że fakt ten, podawany przez wielu pracowników, należy tylko stwierdzić przy użyciu ściśle chemicznej metodyki, a wniosek wypłynie sam przez się.

Pogląd pierwotny, oparty na powadze Kocha, ugruntował się jednak i spopularyzował tak silnie, iż dla obrony jego odwrócono kwestyę badaną w sposób niezgodny z metodyką nauk przyrodniczych. Mianowicie to, co było sprawą sporną, wzięto za punkt wyjścia i rozumowano tak: Jeżeli bakterye gruźlicze przy najdłuższem i najdokładniejszem wytrawianiu eterem, alkoholem, dwusiarczkiem węgla, chloroformem i innymi obojętnymi rozpuszczalnikami nie tracą swej t. zw. kwasoodporności, to widocznie takie wytrawianie nie wystarcza do całkowitego odtłuszczenia, względnie odwoszczenia i trzeba szukać innych, lepszych rozpuszczalników.

I znaleziono takie, które za jednym zamachem (według wyrażenia Aronsona) wywołują zupełne odwoszczenie i jednocześnie utratę t. zw. kwasoodporności. Jeszcze w r. 1898 Aronson zaproponował w tym celu mieszaninę alkoholowo-eterową, zawierającą $1^0/_0$ kwasu solnego, niedawno zaś trójchloroetylen; Deycke i Much stosują chlorek benzoilu.

Jest rzeczą jasną dla każdego chemika, że traktowanie tymi płynami w najmniejszej mierze nie odpowiada temu, co określamy jako ekstrakcyę substancyi lipoidalnych. Do takiej ekstrakcyi wolno używać tylko rozpuszczalników obojętnych, a nie takich, które działają na białka, węglowodany, względnie inne związki, zawierające grupę OH.

W toku swych badań nad węglowodanem, znajdujących się w bakteryach gruźliczych, przekonałem się, iż powyższe rozpuszczalniki Aronsona, Deyckego i Mucha odbierają bakteryom gruźliczym ich t. zw. kwasoodporność bynajmniej nie przez to, iż lepiej lub dokładniej odtłuszczają bakterye, lecz przez to, iż zawierają kwas solny, który działa w sposób rozszczepiający na ów węglowodan.

O naturze tego węglowodanu wypowiadano rozmaite zdania: uważano go za błonnik, chitynę, hemicellulozę, glykogen, nawet i pektynę.

Moje badania potwierdziły zdanie Nishimury, który utrzymywał, iż jest to hemicelluloza t. j. węglowodan złożony, ulegający rozszczepieniu na cukier już pod działaniem słabych kwasów mineralnych na gorąco. Nie znalazłem zaś ani błonnika, ani chityny. Nishimura nie badał bliżej owej hemicellulozy, ani pod względem chemicznym, ani pod względem własności barwnych. Z dotychczasowych badań moich wynika, iż wśród cukrów, powstających z owej hemicellulozy, jeden jest cukrem skręcającym w prawo płaszczyznę światła spolaryzowanego, łatwo fermentującym i łączącym się z fenilohydrazyną już na zimno. Drugim produktem hydrolizy jest cukier skręcający w lewo tak, iż cała mieszanina bywa pierwotnie optycznie obojętną, a dopiero po fermentacyi skręca płaszczyznę polaryzacyi w lewo. Ogólna ilość redukujących cukrów, powstających z bakteryi, wynosi $18-20^0/_0$.

Przez ogrzewanie bakteryi w autoklawie do 170^0 w obecności wody udało mi się otrzymać ową hemicellulozę w formie ciała rozpuszczalnego w wodzie, podobnego do dekstryny.

Badając zachowanie się chemiczne owego węglowodanu, przekonałem się, że t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych zależy od własności tego właśnie ciała. Byleby ono było nietknięte — bakterye będą się barwić metodą Ziehl-Nelsena bez względu na to, czy zawierają związki tłuszczowate i woskowate, czy też są od nich uwolnione przez ekstrakcyę obojętnymi rozpuszczalnikami, wśród których za najlepszy uważam aceton. Krótkie zaś (w ciągu godziny) ogrzewanie wytrawionych acetonem bakteryi z $2^0/_0$ kwasem

solnym lub siarkowym na łaźni wodnej wystarcza, aby wszystkie bakterye gruźlicze w ten sposób traktowane, przestały się barwić metodą Ziehl-Nelsena. Równolegle z utratą tej własności pojawia się w przesączu znaczna ilość redukujących cukrów. Ale nawet i słabsze kwasy i w niższych ciepłotach wywołują ten sam skutek, tylko powolniej, stopniowo. Dlatego też uważam, że »kwasoodporność« bakteryi gruźliczych jest pojęciem względnem, ograniczonem dość wązkiemi granicami.

Jest rzeczą ciekawą zagadnienie morfologiczne, mianowicie, czy owa hemicelluloza tworzy zewnętrzną ściankę komórki bakteryjnej, czy też rozmieszczona jest w całej komórce bakteryjnej równomiernie, lub np w formie rusztowania. Pozostawiając sprawę do rozstrzygnięcia ściśle histologicznym badaniom, — na zasadzie danych chemicznych opowiedziałbym się za istnieniem ścianki lub błonki bakteryjnej, zbudowanej z tego oryginalnego materyału. Jeżeli bakterye gruźlicze, wytrawione acetonem, poddajemy trawieniu pepsyny (w ciągu paru dni) w obecności mniej niż $^1/_3$% HCl, wtedy ilość wytworzonych albumoz lub peptonów jest minimalna lub prawie żadna, jeżeli natomiast poddać bakterye gruźlicze działaniu rozcieńczonych kwasów mineralnych w ciepłocie 90°, tak aby węglowodan uległ hydrolizie, wtedy pozostałość ulega trawieniu stosunkowo łatwo. Stwierdziłem również, że doszczętne wytrawienie bakteryi gruźliczych acetonem nietylko nie wpływa ujemnie na zdolność barwienia się metodą Grama, lecz przeciwnie jeszcze je ułatwia.

Co do powyższego poglądu, wypowiedzianego na zasadzie badań chemicznych, zauważę, że jeszcze w roku 1901 Helbing twierdził, iż t. zw. kwasoodporność bakteryi gruźliczych nie zależy od substancyi tłuszczowatych, lecz — od chityny, obecnej w bakteryach gruźliczych. Zdanie to wygłosił na zasadzie analogii między barwieniem się jaj tasiemca i bakteryi gruźliczych, żadnych eksperymentów na poparcie tego nie wykonał.

Co do chityny, to stwierdziłem, że w bakteryach gruźliczych jej niema, a co do obecności jej w innych bakteryach, to odnośne prace (Iwanoffa) powinny uledz sprawdzeniu.

Piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, podałem w pracy mojej: »Studies on the chemical composition of tubercle bacilli; first part.« Bull. de l'Acad. des Sc. de Cracovie, 1912, Decembre.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Prócz tego przypadku, gdzie salwarsan zupełnie nie działał skutecznie na schorzenie ośrodkowego układu nerwowego, wstrzyknięto salwarsan śródżylnie jeszcze w ośmiu przypadkach początkowego wiądu rdzenia, przeważnie u chorych, którzy się zgłosili do kliniki z przypadłościami żołądkowemi. Po zbadaniu żołądka pokazało się, że chodzi tu o bóle towarzyszące wiądowi rdzenia, tak zwane przełomy żołądkowe (crises gastricae). U niektórych chorych bóle wprawdzie ustawały po drugiem wstrzyknięciu, a czasami nawet w kilka dni po pierwszem, ale tylko na krótki czas, i wnet wracały i były jeszcze dotkliwsze, niż przed wstrzyknięciem, tak że musiano się uciekać do środków uśmierzających ból.

W tych przypadkach wstrzykiwano zwykle 50% roztwór antypiryny z bardzo dobrym chwilowym skutkiem; bóle po wstrzyknięciu ustawały zupełnie, niekiedy na kilka dni.

Prof. Treupel w Frankfurcie (Deutsche med Woch. 1911 Nr 22) opisuje dobre wyniki w takich właśnie przypadkach początkowego wiądu rdzenia; objawy po jednorazowem czasem wstrzyknięciu salwarsanu w ilości 0 5 gr miały szybko ustępować. W przypadkach zastarzałych według Treupla salwarsan nie może działać z powodu głębokich już zwyrodnień w układzie nerwowym. W niektórych jednak przypadkach Treupla nawet w późniejszych okresach wiądu rdzenia działanie salwarsanu było o tyle skuteczne, że wprawdzie w późniejszych i zastarzałych przypadkach nie można się było spodziewać restytucyi zwyrodniałych elementów nerwowych, klinicznie wszakże można było zauważyć ulgę w postaci zmniejszenia się bolów, które choremu bardzo dokuczały. I w naszej klinice zdarzała się nawet w późniejszych okresach ulga, ale na bardzo krótki czas, tak, że można było myśleć o działaniu sugestyi. Innego zupełnie zdania jest Leredde w Paryżu, wedle którego lecznicze działanie salwarsanu w wiądzie rdzenia jest pewne. Twierdzi on, że salwarsan może zupełnie wstrzymać sprawę chorobową, co więcej, że nawet objawy wywołane schorzeniem korzonków tylnych mogą się cofnąć. Zauważył to Leredde u chorych, których miał przez dwa lata w leczeniu, a nawet niektóre przypadki uznaje za zupełnie wyleczone; uważa on każde schorzenie tylnych korzonków za uleczalne, jeżeli się je odpowiednio leczy. A to, że nie wszyscy uzyskali ten należyty skutek leczniczy, odnosi Leredde do tego, iż leczenie przeciwkiłowe w tych przypadkach było nieodpowiednie, gdyż większość syfilidologów i neurologów stosowała w tych przypadkach rtęć w zbyt małych dawkach. Wiąd rdzenia, leczony przedtem dokładnie rtęcią, ma mieć według Leredda przebieg o wiele łagodniejszy. Leredde uważa wiąd rdzenia za kiłę układu nerwowego, nie zalicza go do zmian parakiłowych; a że kiła układu nerwowego jest cięższem wogóle schorzeniem, niż inne postacie kiły, przeto należy je leczyć silniejszemi dawkami. Według Lereddea ten sam błąd, który często popełniano przy leczeniu rtęcią, obecnie powtarza się w dawkowaniu salwarsanu przy wiądzie rdzenia. Wszystkie przypadki tej choroby, leczone salwarsanem i ogłaszane, nie mogą służyć za podstawę oceny działania leczniczego salwarsanu, gdyż podawano za małe dawki i leczono za krótko, by można coś stanowczego orzec. Czasami po jednorazowem wstrzyknięciu 0·4 gr salwarsanu przerywano dalsze leczenie i na podstawie tego jednorazowego wstrzyknięcia odmawiano salwarsanowi leczniczego działania w wiądzie rdzenia. Leredde przy podawa-

niu salwarsanu trzymał się ściśle tej dawki, jaką Hata obliczył t. j. 0·01 na klg wagi, a więc u człowieka ważącego 60 klgr. stosował Leredde ściśle 0·6 salwarsanu, a wstrzykiwania wykonywał przynajmniej 3 4 dni. Wobec tego, że w klinice naszej stosowano średnio na jednorazową dawkę 0·5 gr, nie można na razie ostatniego zdania w tym kierunku wypowiedzieć.

Z uwagi na to, że zakażenie kiłowe we Francyi przebiega łagodniej i mniej jest złośliwe w swoich następstwach (fakt ten tłómaczy się znacznem osłabieniem jadu kiłowego, który przeszedł przez szereg pokoleń), niż w innych krajach, można dać wiarę twierdzeniom Lereddea, o ile odnoszą się do jego przypadków, tłomacząc sobie fakt ten tem, iż jad kiły francuskiej, słabszy, niż gdzieindziej, bardziej był wrażliwy na działanie arsenu salwarsanowego.

W innych klinicznych przypadkach chorobowych, będących następstwem bądźto kiły przebytej, bądźto kiły dziedzicznej, w których w klinice krakowskiej stosowano salwarsan, nie można było zauważyć żadnego leczniczego skutku mimo kilkakrotnego śródżylnego wstrzykiwania salwarsanu w ilości 0·5 gr w odstępach 14-dniowych. W jednym przypadku zmian wątroby na tle kiły dziedzicznej (odczyn WNB ++) wstrzyknięto trzykrotnie salwarsan w ilości po 0·4 gr. Na samą sprawę chorobową lek ten zupełnie nie zadziałał, natomiast na niedokrwistość następową, która w tym przypadku była bardzo znaczna, działanie salwarsanu było widoczne i potwierdzone zostało badaniem cytologicznem krwi po wstrzyknięciu.

Badanie krwi u chorej L. B. Dnia 21. II. 1911 r. przed wstrzyknięciem: ciałek b. 6.000, krwinek cz. 3,200 000, Hb (Sahli) 52%. Jakościowo w barwionej krwi prócz nielicznych makrocytów i mikrocytów w krwinkach czerwonych większych zmian nie znaleziono. Krwinki białe w %: limfocyty małe 32%, limfocyty duże 15%, neutrofilne 40%, eozynochłonne 5%, myelocyty i przejściowe 8%.

Po dwukrotnem wstrzyknięciu salwarsanu obraz krwi znacznie się zmienił na korzyść tak jakościowo, jakoteż ilościowo, i tak: krwinki b. 6·500, krwinki cz. 4,?00.000 Hb (Sahli) 72%; krew barwiona: krwinki białe %: limfocyty małe 27%, limfocyty duże 6%, c. neutrofilne 62%, c. eozynochłonne 4%, c. przejściowe 1%.

W tym więc przypadku zadziałał arsenobenzol bardzo pomyślnie na ogólny stan chorej, przedtem bladej i wyniszczonej, a zatem na ogólną przemianę materyi. Wstrzyknięto też trzykrotnie salwarsan w jednym przypadku poprzecznego zapalenia rdzenia (gdzie zmiany w rdzeniu wystąpiły niezwykle szybko, bo już w rok po zakażeniu kiłowem) w ilości 0·5 gr na jednorazową dawkę, ale bez żadnego skutku leczniczego.

We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach parakiłowych, w których stosowano salwarsan, nie można było zauważyć, by działał on leczniczo na objawy, wywołane zmianami w układzie nerwowym ośrodkowym, lub też, by powstrzymał postęp objawów chorobowych. Niektórzy coprawda podają, że działanie salwarsanu na samą sprawę chorobową było o tyle skuteczne, iż objawy chorobowe na jakiś czas ustępowały, a Treupel opisuje nawet jeden przypadek wiądu rdzenia leczony salwarsanem, gdzie po dwóch wstrzyknięciach (0·4 gr salwarsanu) bezład zupełnie ustąpił. Wreszcie najczęściej stosowany w bólach żołądkowych (crises gastricae), towarzyszących wiądowi rdzenia w jego okresie początkowym, okazał się salwarsan na jakiś czas skuteczny o tyle, że bóle te na krótki czas ustępowały lub też rzadziej się pojawiały. Niektóry przypisują tę poprawę działaniu salwarsanu na toksyny krętków bladych, które w przypadkach chorobowych mają się we krwi znajdować. W klinice naszej stosowano salwarsan w tych samych dawkach i w takichże przypadkach chorobowych (crises gastricae et entericae), a mimo to leczenie to nie zostało uwieńczone żadnym wyraźnym skutkiem. Na razie, opierając się na doświadczeniach, wykonanych w klinice krakowskiej, nie można nic stanowczego powiedzieć o działaniu salwarsanu w sprawach parakiłowych. Może być, że dawka, jaką stosowaliśmy, była za mała, i że w przyszłości po stosowaniu większych dawek, zalecanych przez Leredde, okaże się działanie salwarsanu skuteczniejszem. Doświadczenia prowadzimy w dalszym ciągu.

II. Salwarsan w przypadkach nowotworów.

W mniejszym zakresie, niż w sprawach kiłowych, stosowano salwarsan w nowotworach złośliwych. Z nowotworów tych poddawano leczeniu salwarsanem przeważnie mięsaki. Czerny i Caan stosowali salwarsan w przypadkach nowotworów, opierając się na znanem już oddawna działaniu leczniczem arsenu w nowotworach złośliwych wogóle, jakoteż na spostrzeżeniu, iż niejednokrotnie u chorych na nowotwory złośliwe stwierdzano odczyn WNB dodatni mimo braku objawów przebytej kiły, wobec czego Czerny i Caan przypuszczali jakąś bliżej nieznaną łączność między kiłą a nowotworami. Oczywiście poddawano leczeniu przypadki, nie nadające już do leczenia chirurgicznego. Widocznego skutku leczniczego salwarsanu Czerny nie zauważył. Rak wedle jego spostrzeżeń nie nadaje się zupełnie do leczenia salwarsanem. W mięsakach salwarsan o tyle korzystniej działał, iż wstrzyknięty w jednym przypadku mięsaka policzka w miąższ nowotworu w dawce 0·2, a równocześnie w ilości 0·5 śródmięśniowo w pośladki, wywołał rozpad tkanki nowotworowej i zupełne zabliźnienie, potwierdzone badaniem drobnowidowem. Możliwem więc jest, że salwarsan zastosowany miejscowo, ewentualnie w kombinacyi ze wstrzyknięciem do żyły lub śródmięśniowem, może wywrzeć pewne pomyślne skutki. W przypadkach mięsaka gruczołów chłonnych (lymphosarcoma), jakoteż w chorobie Hodgkina (pseudoleucaemia) poprawy nie zauważono.

W klinice krakowskiej stosowano salwarsan w kilku przypadkach mięsaków gruczołów chłonnych, oraz w jednym przypadku choroby Hodgkina w ilości 0·5 gr. na dawkę, jednak bez wpływu na zmiany anatomiczne, jakkolwiek podmiotowo chorzy doznawali znacznej ulgi. W jednym przypadku mięsaka śródpiersia, który wywołał u chorego tak znaczną duszność, iż chory ten musiał codziennie otrzymywać znaczną dawkę morfiny, sprawił salwarsan zmniejszenie się duszności do tego stopnia, że chory mógł obejść się przez dłuższy czas bez narkotyku. W drugim przypadku nowotworu śródpiersia (badanie drobnowidowe wyciętego gruczołu szyjnego, wykonane w zakładzie anatomii patol. U. J., wykazało »lymphogranulomatosis«), w którym wstrzyknięto śródżylnie 0·3 salwarsanu, chory podmiotowo przez kilka dni czuł się znacznie lepiej, przedmiotowo jednak działania salwarsanu na samą sprawę

chorobową nie zauważono. Podobnie w chorobie Hodgkina salwarsan zupełnie nie zmienił obrazu chorobowego.

Wpływ salwarsanu w tych sprawach chorobowych nie ujawnił się przy obserwacyi jednomiesięcznej, a nawet dłuższej. Wskutek wyjścia tych chorych z kliniki dalsza obserwacya odpadła, toteż nie można wogóle mówić o dodatnim czy ujemnym wpływie salwarsanu na mięsaki limfatyczne.

Ponieważ stosowanie arsenobenzolu w nowotworach w klinice krakowskiej dotyczyło tylko kilku przypadków, i to w bardzo późnym okresie chorobowym, następnie ponieważ dawkę ze względu na ogólny stan chorych musiano zmniejszyć, nie można jeszcze na podstawie tych kilku przypadków zupełnie odmawiać salwarsanowi działania leczniczego, gdyż może salwarsan (stosowany zwłaszcza w większych dawkach u ludzi, u których równocześnie odczyn Wassermanna był dodatni) mieć jakieś wybiórcze (elektywne) działanie na komórki nowotworowe. Sam jednak Ehrlich nie spodziewał się jakiegokolwiek działania na nowotwory, twierdząc, że salwarsan działa swoiście tylko na krętki kiłowe, choć nie jest wykluczona możliwość działania na inne, nam jeszcze nieznane jady.

III. Salwarsan w chorobach krwi.

W leczeniu chorób krwi i narządów krwiotwórczych oddawna zajmował pierwszorzędne stanowisko arsen, któremu przypisywano dodatnie działanie na narządy krwiotwórcze, objawiające się odradzaniem się ciałek czerwonych, zwłaszcza w niedokrwistościach następowych; w niedokrwistości złośliwej miał arsen nawet wywierać czasem skutki niejako cudowne. Nic więc dziwnego, że po podaniu salwarsanu, jako leku taki duży odsetek (34%), arsenu zawierającego, zaczęto go stosować w chorobach krwi. Pierwszy Rumpel, z tej zasady wychodząc, zaczął stosować salwarsan we wszystkich chorobach krwi, głównie w niedokrwistości złośliwej (5 przypadków) i w białaczce, przekonał się jednak, że ani w jednej, ani w drugiej żadnego skutku leczniczego salwarsan nie wywiera. Wobec tego zaprzestał Rumpel leczenia salwarsanem.

W niedokrwistościach pierwotnych o nieznanej przyczynie, czyli w tak zwanej niedokrwistości Biermera arsen nie wywiera żadnego skutku. Fakt ten podkreślam z tego powodu, gdyż inaczej rzecz się przedstawia w niedokrwistościach następowych, jak n. p. po chorobach zakaźnych, głównie kile, jakoteż w niedokrwistości, towarzyszącej ciężkiej postaci zimnicy. W tych postaciach chorobowych stosowanie salwarsanu odnosi pewien skutek, o czem później będzie mowa. Są to postacie niedokrwistości, które często można pomieniać z niedokrwistością złośliwą, o ile dokładnie nie znajdzie się przyczyny niedokrwistości, tembardziej, że obraz drobnowidowy krwi niejednokrotnie może być zupełnie podobny do obrazu krwi, jaki się zwykle spotyka w niedokrwistości pierwotnej złośliwej. Tak w jednej, jak i w drugiej, mogą być we krwi megaloblasty i różnobarwliwość (polychromatophilia) krwinek czerwonych. Przytem należy jednak pamiętać, że w niedokrwistości pierwotnej nigdy niema tak wielkiej ilości ciałek czerwonych z jądrami, tak, że musi się niejednokrotnie długo szukać, zanim znajdzie się w preparacie drobnowidowym barwionym megaloblasta. Natomiast w stanach tych zwiększa się ilość ciałek czerwonych z jądrami w przełomach (crises) w toku sprawy chorobowej, przyczem i liczba ciałek białych się zwiększa. Również i leukopenia w niedokrwistościach pierwotnych zawsze jest większa, niż w następowych.

W klinice krakowskiej stosowano salwarsan w kilku (3) przypadkach niedokrwistości złośliwej pierwotnej; wstrzykiwano tylko śródżylnie, w dwóch przypadkach jednorazowo w zwykłej dawce, a w jednym trzykrotnie w odstępach czternastodniowych czyli w ogólnej ilości 1·5 gr. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią w kilka dni po wstrzyknięciu w następstwie zapalenia płuc (pleuropneumonia), przyczem nekroskopia w tym przypadku potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Salwarsan we wszystkich tych trzech przypadkach stosowano bez skutku. U chorych, którzy gorączkowali, ciepłota pozostała bez zmian. W jednym przypadku [1]) procent Hb zmniejszył się z 28% na 19%. Przypuszczam, że spadku Hb w tym przypadku nie można odnieść do działania salwarsanu, ile raczej do ogólnej sprawy chorobowej, na którą salwarsan nie zadziałał. Możliwy jest jednak także spadek Hb wskutek działania salwarsanu, myśl, na którą naprowadziło nas spostrzeżenie innego przypadku (lymphaemia), uwzględnionego w dalszym ciągu niniejszej pracy, w którym to przypadku po wstrzyknięciu salwarsanu zauważono dość znaczny spadek nietylko Hb, lecz i ciałek czerwonych.

Chociaż salwarsan stosowaliśmy w niewielu przypadkach niedokrwistości złośliwej, jednakże doszliśmy do tego samego doświadczenia, co Rumpel, że salwarsan w tych stanach chorobowych nie działa.

Salwarsan stosowano w naszej klinice także i w **białaczce** (leucaemia), mianowicie w sześciu przypadkach (4 postacie mieszane, 2 czyste, i to jedna szpikowa, druga limfatyczna). I tu można powiedzieć, że salwarsan nie wywiera skutku, i to nietylko w ostrych, lecz także i w przewlekłych postaciach białaczki. Liczba ciałek białych nietylko się nie zmniejszyła, lecz co ciekawsze, wzrosła nawet dość znacznie po wstrzyknięciu salwarsanu w dwóch przypadkach białaczki przewlekłej, w jednym z 180.000 do 350.000, w drugim nawet do 400.000. W jednym przypadku limfemii salwarsan zadziałał ciekawie. Przypadek ten opiszę dokładniej:

L. Dz. J. L., l. 60, wyrobnik, zgłosił się do kliniki dnia 24. IV. 1912 z bólem w lewem podżebrzu, trwającym od roku. Ból rozpoczął się według opowiadania chorego od urazu fizycznego (przygniecenie przez wóz). W lecie w roku 1911 zauważył chory oporność bolesną w lewem podżebrzu, stopniowo się zwiększającą. Na miesiąc przed przybyciem do kliniki przebył zapalenie płuc po stronie lewej. Z powodu obecności guza w podżebrzu lewem skierowany został przez lekarza po wyzdrowieniu do kliniki naszej.

Chory w narządach klatki piersiowej poza mierną rozedmą płuc i stwardnieniem naczyń, odpowiadającem zresztą wiekowi, nie okazuje zmian. Brzuch miernie wysklepiony, zwłaszcza po stronie lewej. Obmacaniem stwierdza się po stronie lewej guz, wychodzący z podżebrza, sięgający na palec poniżej pępka, kształtu nieco sierpowatego, bolesny, dość twardy. Wątroba powiększona, ma-

[1]) Przypadek ten ciekawy z tego powodu, że po zastosowaniu leczenia seroterapeutycznego, (które w osobnej pracy będzie ogłoszone), został wyleczony.

calna na dwa palce pod łukiem żebrowym prawym, (powiększony głównie prawy płat). Mocz bez zmian. Gruczoły karkowe miernie powiększone, twarde, przy dotykaniu nie bolesne. Wszystkie inne dostępne badaniu gruczoły bez zmian. Badanie cytologiczne krwi stwierdziło: krwinek białych 87.200, czerwonych 4,244·000, Hb 88%. Wskaźnik Hb (t. j. ilość Hb w jednej krwince czerwonej) 1·03, wejrzenie krwi w całości prawidłowe, krzepliwość zmniejszona. Prócz nielicznych mikrocytów ciałka czerwone bez zmian. Krwinki białe %: limfocytów małych 87%, dużych 5% neutrofilnych 6%, eozynochłonnych 1%, jednojądrzastych Ehrlicha 1%.

Dnia 2. V. 1912 wstrzyknięto choremu śródżylnie 0·5 salwarsanu w rozczynie fizyologicznym soli. Po wstrzyknięciu chory nie miał żadnego wzniesienia ciepłoty, czuł się zupełnie dobrze. We krwi, badanej w dziewięć dni po wstrzyknięciu, nie stwierdzono wprawdzie znaczniejszego zmniejszenia się ilości ciałek białych, stwierdzono natomiast zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych do 3,900.000, oraz Hb do 80%.

Dnia 10. V. wstrzyknięto choremu po raz drugi 0·5 gr. salwarsanu śródżylnie; w pół godziny po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, 20 minut trwające, poczem ciepłota ciała podniosła się do 38°C, chory czuł się nieco osłabiony; po ośmiu godzinach ciepłota opadła, a objawy minęły.

Badanie krwi w dniu 25. I. wykazało spadek ilości ciałek białych do połowy, t. j 43,200, ciałek czerwonych 3,800.000, Hb 81%. Stosunki ilościowe ciałek białych zasadniczo nie uległy zmianie. Śledziona, przed pierwszem wstrzyknięciem sięgająca poza pępek, twarda i bolesna przy dotykaniu, zmniejszyla się nieco, stała się miększą, bardziej ruchomą i niebolesną.

Dnia 31. V. wstrzyknięto po raz trzeci śródżylnie 0·5 salwarsanu. W kilkanaście minut po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, przeszło godzinę trwające, oraz podniesienie się ciepłoty do 38·4° C, równocześnie wystąpiły wymioty, które trwały trzy godziny, a niczem się nie dały złagodzić. Jako jeden z objawów zatrucia, które w tym przypadku nastąpiło, — przyłączyło się jeszcze silne pragnienie, trwające przez całą dobę. Te wszystkie objawy wnet ustąpiły, natomiast pojawiło się w moczu białko w ilości coprawda nieznacznej (0·03‰): drobnowidowo nie wykazano w moczu nic nieprawidłowego. Białko znikło po trzech dniach, a chory prócz nieznacznego osłabienia i braku apetytu na nic się nie skarżył. Badanie krwi w dniu 7. VI. wykazało dalsze zmniejszenie się ilości ciałek białych 39,600, nieznaczne zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych 3,600.000 i Hb 78%; stosunki ilościowe ciałek białych pozostały bez zmian, jak i poprzednio. Śledziona pozostała również bez zmian. Dnia 8. VI. opuścił chory klinikę w stanie podmiotowej poprawy.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że salwarsan tutaj dziwnie działał; zmniejszył wprawdzie ilość krwinek białych do połowy, lecz równocześnie zmniejszył też ilość ciałek czerwonych prawie o milion.

O ile więc w tym przypadku działanie salwarsanu było korzystne na ciałka białe, o tyle niekorzystnym okazał się salwarsan w działaniu na ciałka czerwone, dowód, ze salwarsan, jak wogóle arsen, przecież jest trucizną i niejednokrotnie wbrew przekonaniu wielu lekarzy zamiast korzystnego wpływu na narządy krwiotwórcze może przeciwnie wywierać wpływ szkodliwy.

Przypadek ten o tyle jeszcze jest ciekawy, że stanowi postać limfemii z wybitnym i znamiennym obrazem krwi, a jednakże bez powiększenia gruczołów limfatycznych, — jeszcze jeden dowód, że limfemia nie jest schorzeniem narządów limfatycznych; raczej należy przypuścić, że jestto pierwotne schorzenie tkanki limfoidalnej szpiku kostnego.

W jednym przypadku białaczki szpikowej ostrej, który też szybko stosunkowo skończył się śmiertelnie, jednorazowe wstrzyknięcie śródżylne salwarsanu w dawce 0·40 nietylko stanu chorobowego nie złagodziło, lecz wywołało objawy zatrucia w postaci ostrego, dość długo trwającego zapalenia splotu ramieniowego prawego.

Salwarsan nie jest więc stosownym lekiem w białaczce, może nawet mniej praktycznym, niż jakikolwiek inny przetwór arsenowy, którego stosowanie jest mniej skomplikowane.

W dalszym ciągu stosowano salwarsan w chorobach krwi, w których dotychczas nie znamy dokładnie przyczyny, t. j. w błednicy (chlorosis) i w niedokrwistościach następowych po długotrwałej błednicy (chloranaemia). Wielu autorów uważa błednicę jako chorobę następową po czynnościowych zaburzeniach narządów krwiotwórczych, którym zwykle towarzyszą pewne objawy ze strony narządu płciowego, ponieważ choroba ta zdarza się u kobiet i to w okresie pokwitania, zwykle po jakichś nerwowych wzruszeniach. Niektórzy przypisują jajnikom pewien wpływ na powstawanie błednicy; i tak Botkin przypuszcza, że jajniki wydzielają jakieś nieznane nam bliżej istoty, które zobojętniają trucizny, krążące w ustroju i działające szkodliwie na krew, głównie zaś na ciałka czerwone. Przy jakichkolwiek zaburzeniach czynnościowych w jajnikach odpada ten wpływ jajników na trucizny, działające szkodliwie na ciałka czerwone. Dawniejsi autorowie przypuszczali, że błednica jest następstwem niedostatecznego działania narządów krwiotwórczych, uważali żelazo za lek swoisty, czyniący zadość głównemu wskazaniu w leczeniu tej choroby. Noorden również uważa żelazo za lek bardzo skuteczny w błednicy, a działanie żelaza na narządy krwiotwórcze tłómaczy w ten sposób, że wessane żelazo dostaje się do narządów krwiotwórczych, jednak samo tam nie pozostaje, tylko w przejściu pobudza te narządy, a osobliwie szpik kostny do nowotworzenia krwi, samo zaś przez się nie wpływa na skład hemoglobiny.

Gdy jednak etyologia błednicy do dziś dnia nie jest zupełnie znana, należy uważać żelazo za lek empiryczny.

Obecnie zmieniło się zapatrywanie na istotę błednicy o tyle, że nie zubożenie krwi w żelazo uważa się za przyczynę błednicy, bo podobne stosunki napotyka się też w innych niedokrwistościach, lecz upatruje się przyczynę we wrodzonej mniejszej wydatności narządów krwiotwórczych.

Musiałem pokrótce wspomnieć o działaniu żelaza w przypadkach błednicy, gdyż w klinice krakowskiej podawano w błednicy przez dłuższy czas żelazo i przekonano się, że żelazo działa skutecznie na przyrost hemoglobiny, a na przyrost ciałek czerwonych zupełnie nie wpływa, zwłaszcza w niedokrwistościach przy długotrwałej błednicy. W tych przypadkach podawano żelazo wewnętrznie, a równocześnie wstrzykiwano śródżylnie salwarsan, gdyż arsen w innej postaci podawany nie wywierał skutku leczniczego.

Podawano więc żelazo z arsenem, wychodząc z zasady, już niejednokrotnie podnoszonej, że działanie arsenu w błednicy jest bardzo słabe, albo zupełnie bezskuteczne,

a w połączentu z żelazem czasami bardzo skuteczne i szybkie. To skombinowane działanie arsenu z żelazem jest analogiczne do działania kilku alkaloidów tej samej grupy, z których jeden sam nie działa, ale w połączeniu z innymi tej samej grupy ma czasem bardzo skuteczne działanie. O tem wspomina już Bürgi i jego szkoła. Seiler, opierając się na pracy Bürgego, twierdzi, że działanie arsenu w połączeniu z żelazem na narządy krwiotwórcze jest bardzo znaczne, natomiast sam arsen tej własności nie posiada. Opisywane zaś działanie skuteczne arsenu bez żelaza w niedokrwistości złośliwej, (działania tego w klinice krakowskiej w niedokrwistości złośliwej nigdy nie zauważono) tłómaczy Seiler w ten sposób, że w niedokrwistości złośliwej z powodu szybkiego rozpadu krwinek czerwonych wielka ilość żelaza uwolnionego dostaje się do narządów wewnętrznych, a głównie do rdzenia, wątroby i do śledziony. Skoro w tych przypadkach podaje się choremu arsen, to działa on zdaniem Seilera razem z żelazem, którego znaczna ilość nagromadziła się w ustroju i w ten sposób mamy znów skombinowane działanie arsenu z żelazem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ribbert: **O hemoterapii raka** (Med. Klinik. 1912 Nr 49). By zrozumieć sposób i środki leczenia raka lekami chemicznymi, należy przypomnieć sobie pokrótce budowę raka. Składa on się z bujających bez ustanku pasm i gniazd komórek nabłonkowych, pooddzielanych tkanką łączną, w której przebiegają naczynia. Nabłonki w głębi ognisk rakowych stanowią starszą partyę, na powierzchni młodszą. Bujając, zacieśniają gniazda rakowe coraz bardziej naczynia w tkance łącznej przebiegające, przez co same są coraz gorzej odżywiane. Z powodu słabego odżywienia przemiana materyi w komórkach rakowych jest upośledzona i pewne substancye zostają tam odłożone. Tak powstają w komórkach składy lipoidów i lecytyny. Badania zaś wykazały, że lecytyna przez naświetlanie rozkłada się i wytwarza cholinę, zabijającą znów komórki, w których powstała. Próbowano więc wstrzykiwać cholinę wprost do guzów nowotworowych, ale z wynikiem niezadowalniającym. Gdyż pominąwszy to, iż nie zawsze cholina dostanie się wtedy do wszystkich komórek, jest bardzo wątpliwem, czy może ona młodsze, nie zwyrodniałe, w odżywieniu nie podupadłe komórki obwodowe ognisk rakowych zniszczyć. Więcej widoków miałoby wewnętrzne podawanie środka, działającego zabójczo na komórki rakowe, jak arsen lub związki organiczne metali ciężkich: złota, platyny, srebra, radu, rhodu, osmu, palladu, ołowiu, miedzi i cyny. Te, dostawszy się do komórek rakowych niszczą przedewszystkiem ich jądra, ale także tylko komórek starszych, centralnych, źle odżywionych, po wielkiej części zwyrodniałych. Komórki młodsze, obwodowe, nie zostają zniszczone i z nich też pochodzi późniejszy nawrót. Mimo, iż wszelkie próby wstrzykiwań w nowotwór, czy wewnętrznego podawania zawiodły dotąd, autor ma nadzieję, że może skombinowaną metodą naświetlania młodszych obwodowych partyi, a wstrzykiwania do głębszych uda się na drodze nie operacyjnej trwale raka wyleczyć. Mondschein.

Schüler: **Naświetlanie głębokie promieniami Röntgena gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa.** (Med Klinik 1912 Nr 49). W chorobie Basedowa odróżnić należy formę typową, łatwą do rozpoznania, od formy nietypowej, sprawiającej czasem ogromne trudności rozpoznawcze, tem bardziej, że choroba ta przyłącza się czasem do chorób zakaźnych (dur brzuszny, gościec stawowy, kiła, grypa, płonica, zimnica), i bywa mylnie wtedy uważana za późny objaw jednej z tych chorób. Ta postać atypowa, niezwykła (forme fruste) może być pomieszana z gruźlicą, a to z powodu podniesionej ciepłoty, wychudnięcia, potów, braku apetytu, ogólnego niepokoju, z błednicą u bladych, łatwo drażliwych dziewcząt, z powodu naczyniowej wrażliwości skóry, skłonności do bicia serca, ucisku w głowie i t. d. Trudno też nieraz odróżnić nietypową chorobę Basedowa od neurastenii, histeryi, tem trudniej, że choroba Basedowa często się rozwija u chorych dziedzicznie nerwowo obciążonych. Za tyreotoksyą przemawiają: trwałe przyspieszenie tętna, drżenie, objawy oczne, spóźnione lub przyspieszone dojrzewanie płciowe, biegunka, poty, wypadanie włosów, zmiany barwikowe, wole. W wątpliwych przypadkach rozstrzygnąć może badanie krwi, w której, jak Kocher wykazał, w większej części przypadków występuje wyraźna limfocytoza. Wyniki leczenia wewnętrznego są rzadko wystarczające, tak iż interniści zmuszeni są nieraz uciekać się do pomocy chirurga, który przez wycięcie większej części gruczołu tarczowego nieraz zdoła uwolnić chorego od choroby. Ale u chorych ze zmianami w sercu, podupadłych silnie, zaleca autor głębokie naświetlanie promieniami Röntgena. W ten sposób udawało mu się w 50% przypadków osiągnąć zupełne wyleczenie po 30—35 posiedzeniach, w 30% trzeba było po kilku miesiącach leczenie powtórzyć, w dwu przypadkach zastosować je nawet po raz trzeci, choć o wiele krócej. Sposób to, wymagający doskonałej techniki i cierpliwości od lekarza; każde posiedzenie trwa około $1^1/_2$ godziny, przytem przyrządy i chorego trzeba stale kontrolować, a na chorego rozdrażnionego, przebywającego tak długo w ciemności, trzeba psychicznie wpływać. Chorzy po kilku posiedzeniach stają się spokojniejsi, ze siebie zadowoleni, sen się przedłuża, apetyt się wzmaga. Przytem wól miękmie dość szybko, potem się zmniejsza, czynność serca się uspokaja, drżenie, biegunka, poty ustępują, waga ciała wzrasta. Objawy oczne ustępują również, choć znacznie później. Przytem występują prawdopodobnie z powodu rozpadu zmienionych komórek gruczołowych i wessania ich toksycznie działających składników, objawy uboczne jak: podniesiona ciepłota, niedomoga ogólna, ale tylko na kilka dni, podczas których autor leczenia nie przerywa. Autor zaleca jaknajwcześniejsze leczenie, które wspomaga innymi środkami, a więc psychicznem oddziaływaniem na chorych, uregulowaniem dyety (ubogą w białko dyetą), łagodnymi wodoleczniczymi zabiegami, okładami z lodu na wól, arsonvalizacyą serca. Z leków stosuje autor arszenik i antytyreoidynę w małych dawkach przez kilka tygodni. Jako leczenie następowe zaleca pobyt w średnio wysokiej okolicy, przytem szanowanie sił fizycznych i duchowych.

Mondschein.

Galisch: **Zwyczajny sposób zwalczania otyłości.** (Med. Klinik. 1912 Nr 47). Środki lekarskie, dążące do usunięcia otyłości, zostały zarzucone z powodu ich szkodliwego wpływu na ustrój, i wrócono do dawnej metody odtłuszczania zapomocą odpowiedniej dyety. Pod tym względem cieszy się dyeta mleczna wielkiem uznaniem i szerokiem zastosowaniem. Ale i ona, jako dyeta głodowa, pociąga za sobą obok stanów osłabienia stany rozdrażnienia nerwowego, a także osłabienia serca, które trwają nieraz długo jeszcze po ukończeniu takiej dyety.

Wychodząc z dawnego założenia, by chorym na otyłość zabraniać drzemki poobiedniej, szkodliwej dla nich z powodu niedostatecznego utlenienia obiedniej strawy, autor ogranicza także ilościowo wieczerzę, którą, jak uczy doświadczenie, otyli bardzo chętnie obficiej spożywają. Tak postępując, nie widział autor żadnych zaburzeń w kierunku osłabienia ustroju, nerwów czy serca, a skutek zawsze był zadowalniający. Swoim otyłym chorym podaje G. jako wie-

czerzę małą kromkę chleba z masłem, na to kawałek wędliny. Przytem pozwala wypić trochę wina lub piwa. Przy pierwszem śniadaniu i obiedzie podaje G. tyle strawy, by chory od stołu wstał nasycony. W pierwszych dwu dniach występuje wieczór silne uczucie głodu, wkrótce jednak ustępujące, ponieważ ustrój wyrównywa skromną wieczerzę obfitszą strawą przy śniadaniu i obiedzie, które jednak z powodu całodziennego ruchu i pracy nie stają się źródłem odkładania się tłuszczu. Spadek wagi ciała odnieść należy do tego, że ustrój podczas spoczynku nocnego ma mało materyału, by z niego mógł się tłuszcz odkładać. Przy tej metodzie chorzy tygodniowo tracą jeden do dwu funtów wagi, a autor spostrzegał stratę do 25 funtów przez kwartał. Po odzyskaniu prawidłowej wagi ciała można powoli dawać wieczerzę obfitszą, a w razie ponownego przybywania wagi znowu ją uszczuplić można. Wynik w ten sposób otrzymany można tak na stałe utrzymać, gdy przy dotychczasowych sposobach odtłuszczania wodami mineralnemi, czy w inny sposób, spostrzega się prawie stale powrót do dawnej nadmiernej wagi ciała. Mondschein.

Voss: **Róża świńska u człowieka, leczona surowicą.** (Med. Klinik. 1912 Nr 47). Autor opisuje przypadek róży świń u pewnego weterynarza, który przy szczepieniu świń surowicą przeciw róży, sam igłą zranił się w palec średni prawej ręki. Zaraz następnego dnia pokazały się w temże miejscu i w otoczeniu małe pęcherzyki z silnem zaczerwienieniem i obrzękiem skóry, które zajęły wkrótce połowę grzbietu ręki i pierwsze członki wszystkich palców. Przytem był gwałtowny, kłujący ból i uczucie napięcia. Okłady kwaśne i sublimatowe bez skutku. Autor wstrzyknął więc za radą Prof. Günthera w Wiedniu surowicę przeciw róży, i to w prawę ramię 7 cm³, w lewe 5 cm³. Wynik był dobry: już na drugi dzień ustąpiły bóle i obrzęk skóry, a w pięć dni potem była ręka zdrowa. Stan ogólny po wstrzyknięciu był dobry, miejsce wkłucia bez odczynu. Mondschein.

Oy: **Kliniczne doświadczenia z kodeonalem.** (Med. Klinik. 1912 Nr 49). Bürgi i Homburger wykazali, że kombinacya dwu środków narkotycznych wywołuje skutek silniejszy, niżby to wynikało z dodania działania obu środków. Ehrlich tłómaczy to tem, że komórka osłabiona w czynności przez jeden już środek narkotyczny, drugiemu tem mniejszy stawia opór. Wobec tego firma Knoll połączyła 0,02 codein. diaethylbarbit. z 0,15 natrium diaethylbarbitur. w postaci tabletek, pod nazwą »codeonal«. Autor stosował ten środek jako lek nasenny i uspokajający nerwy w ilości od 1—4 tabletek i zaleca go w bezsenności (1—3 tabletek) u ludzi starych, u neurasteników, u chorych na nieżyt oskrzeli i t. p. Także u chorych sercowo z uczuciem duszności stosował autor ten środek w ilości od 1—2 tabletek naraz i osiągał bardzo dobre wyniki. Sen następował po ½—1 godz. i trwał 5—6 godzin. Ubocznych wpływów weronalu, jak brak apetytu, zaparcia, autor przy podawaniu kodeonalu nie zauważył. Środek ten nie wpływa ujemnie na narząd oddechowy, ani krążenia, również nie podnosi, ani nie obniża ciśnienia krwi, wobec tego zalecony być może do stosowania u starców. Mondschein.

Gansböck: **O zatruciu chloranem potasu.** (Med. Klinik, 1912 Nr 47). Autor opisuje przypadek, gdzie chory na mieszkowe zapalenie migdałków po płukaniu rozczynem chloranu potasu (6:200) wśród objawów zatrucia szóstego dnia zmarł. Objawy kliniczne były pokrótce następujące: zaburzenia świadomości, suchość języka i przełyku, silne pragnienie, nie oddziałujące źrenice, bezmocz, wzmożenie silne odruchów kolanowych. Badanie krwi wykazało zmniejszenie się o połowę ilości ciałek czerwonych krwi, a zwiększenie znaczne (80.000) ciałek białych. Barwa krwi zmieniona z powodu przemiany oksyhemoglobiny w methemoglobinę, methemoglobina w postaci kulek nieregularnych w samem ciałku lub wolno w osoczu. Ciałka czerwone w stanie anizocytozy, obok bardzo małych, wielkie, często jądrzaste, to znów pofałdowane, lub jakby o wystrzępionych brzegach. Dalej jako wyraz podrażnienia szpiku kostnego silna leukocytoza wielojądrzasta, znaczne zmniejszenie ilości małych limfocytów i zniknięcie eozynofilnych, krótko przed śmiercią, wystąpienie neutrofilnych myelocytów i tucznych myelocytów. Sekcya wykazała obrzęk nerek, wątroby i śledziony, krwiaki w jelitach. Większa część przypadków tych zatruć kończy się śmiercią. Wedle Affanasiewa na 50 przypadków, 6 tylko skończyło się wyzdrowieniem. Jaką dawkę należy uważać za śmiertelną, dotąd nie ustalono. Schopf wspomina o pewnym słuchaczu medycyny, który płukał gardło 2% rozczynem chloranu potasu i umarł w ciągu doby wśród objawów ciężkiego zatrucia. Inni autorowie, jak Grünfeld i Bernheim, twierdzą, że 15 gr. a nawet 23 gr. bez szkody dla zdrowia zażyć można. Autor jest tego zdania, że zdrowy ustrój zniesie i wielką dawkę, że jednak chory z gorączką, dusznością lub wogóle chorobą, zmniejszającą zasadowość krwi, nadzwyczaj silnie i często śmiercią na środek ten oddziałuje. Dlatego autor przemawia bardzo za tem, by chloran potasu zupełnie usunąć z farmakopei. Mondschein.

Pedyatrya.

Prof. Langstein: **Spasmophilia. Tetania** (Med. Klinik. 1912 Nr 48). Wykrycie przyczyn tężyczki było w ostatnich czasach celem wielu badań, nie dały one jednak ostatecznego, pewnego wyniku. I tak teorya Stölznera podaje jako powód zastój soli wapniowych w ustroju, zdarzający się u dzieci sztucznie mlekiem krowiem żywionych. Mleko to zawiera bowiem pięć razy tyle wapnia, co mleko matki. U dzieci dotkniętych krzywicą, cierpiących na zaburzenia jelitowe lub na schorzenia gorączkowe, wydzielanie wapnia przez jelita jest upośledzone i następuje zastój wapnia w tkankach, zatrucie wapniem, które objawia się właśnie podwyższoną pobudliwością mięśni i nerwów. Druga teorya, Questa, wychodzi z zasady wprost przeciwnej, bo dopatruje się przyczyny w zmniejszeniu soli wapniowych a opiera się na doświadczeniach Sabbatiniego, który przez zmniejszenie zawartości wapnia w korze mózgowej u psów zdołał wywołać podwyższenie pobudliwości ośrodków aż do wybuchu drgawek padaczkowych, gdy natomiast doprowadzenie i wzmożenie zawartości soli wapniowych obniżało pobudliwość ośrodków. Kassowitz uważa tężyczkę za częściowy objaw nerwowy krzywicy. Opiera się przytem na wyłącznem występowaniu skurczu krtani (laryngospasmus) przy krzywicy i na dobrych wynikach przy podawaniu fosforu. Badania Rosensterna, w tym kierunku na wielką skalę podjęte, przemawiają stanowczo raczej za teoryą Questa, niż Stölznera. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 3. XII. 1912.

Drozdowicz: **Badanie promieniami Röntgena jako metoda rozpoznawcza w gruźlicy płucnej, jej wartość i zakres.** Omówiwszy w krótkości właściwości promieni x., dzięki którym prześwietlanie znalazło tak szerokie zastosowanie w dyagnostyce lekarskiej najrozmaitszych cierpień i zboczeń ustroju ludzkiego, przechodzi prelegent do rozpatrzenia warunków fizycznych, jakie w obrębie klatki piersiowej napotykają owe promienie. Znaczne różnice ciężaru gatunkowego poszczególnych części składowych klatki piersiowej, umożliwiające otrzymywanie na ekranie i na kliszy fotograficznej bardzo wyraźnych kontrastowych zarysów, sprawiły, że już w pierwszych latach po wynalazku Röntgena zjawiły się liczne prace, omawiające wartość prześwietlań dla rozpoznawania cierpień płucnych. Pionierami tej metody byli francuzi: Bouchard, Beclère, Barthélemy, Oudin. Studya anatomo-patologiczne i kliniczne autorów niemieckich,

jak: Schellenberg, Assman, Küpferle, v. Dehn i inni, wyjaśniły obraz rentgenowski płuc prawidłowych. Prace Riedera, Groedla, Albers-Schönberga, Krausego, wykonane na obfitym materyale klinicznym i bardzo często sprawdzane sekcyjnie, ustanowiły wytyczne punkty, określające wartość i zakres rozpoznawczego stosowania promieni x w różnych okresach gruźlicy płuc. Obecny stan wiedzy w tym zakresie pozwala twierdzić stanowczo, że niektóre postacie gruźlicy płuc, zwłaszcza w okresach początkowych, kiedy metody kliniczne albo w zupełności zawodzą, albo dają wyniki niepewne, mogą być wykryte jedynie zapomocą badania promieniami x. Do takich postaci należą nacieki i jamy, położone zdala od ścian klatki piersiowej, zwłaszcza, o ile są otoczone zdrową jeszcze tkanką płucną, gruźliczo zmienione gruczoły okołooskrzelowe, ogniska gruźlicy prosówkowej i rozsiane drobne nacieki, peribronchitis acuta. W sprawach gruźliczych dalej posuniętych jedynie drogą badania promieniami x można otrzymać zupełnie dokładny obraz miejsc zajętych i zdać sobie sprawę z rozległości spustoszeń. Niedostępnemi dla metody rentgenowskiej są jedynie takie cierpienia płucne, które na razie nie wywołały żadnych zmian w budowie tkanki płucnej, nie zmniejszyły nawet zawartości w niej powietrza, np. okresy początkowe nieżytu gruźliczego w szczytach płuc. W tych razach badanie kliniczne, poparte zwłaszcza rozbiorem bakteryologicznym plwociny, stoi na pierwszym planie. Co się tyczy pytania, czy zapomocą promieni Röntgena można określić dawność sprawy gruźliczej, jej okres i przebieg, to z pewnemi zastrzeżeniami i ograniczeniami można na to odpowiedzieć twierdząco. Wybitnie wyrażone ogniska zwapniałe przemawiają za sprawą zakończoną, liczność ich mówi o przebiegu przewlekłym, co jednak nie wyłącza możności współrzędnego trwania spraw świeżych, zaznaczających się wówczas rozrzuconemi w płucach plamami i pasami o innym charakterze co do natężenia i kształtu Obraz rentgenowski płuc o licznych, równomiernie rozsianych, drobnych, delikatnie zarysowanych plamach przemawia za szybkim i zwykle niepomyślnym rozwojem sprawy. Metoda rentgenowska nie rości sobie bynajmniej pretensyi do przewagi nad innemi metodami rozpoznawczemi, do zastąpienia ich i usunięcia, jest ona tylko jedną z wielu, lecz bardzo często nie dającą się pominąć, jeżeli lekarzowi chodzi o prawdziwie dokładne i wszechstronne zbadanie i wyjaśnienie sobie danego przypadku cierpienia płucnego. Prelegent w zupełności zgadza się ze zdaniem Holzknechta: »Zarówno rentgenolog, jak i klinicysta, wystawiliby sobie bardzo smutne świadectwo, gdyby pierwszy chciał lekceważyć metody rozpoznawcze kliniczne, drugi zaś twierdził, że metoda rentgenowska jest mu niepotrzebną«. Na zakończenie prelegent przedstawił rentgenogramy różnych postaci gruźlicy płucnej.

W dyskusyi A. Sokołowski zaznacza wielką doniosłość rentgenologii w rozpoznawaniu chorób dróg oddechowych wogóle, oczywiście jako zabiegu uzupełniającego inne metody badania. W niektórych jednak przypadkach, szczególniej w nowotworach płuc, badanie to nieraz rozstrzyga o rozpoznaniu sprawy ciemnej. Co do gruźlicy płuc, to promienie x mają wartość względnie ograniczoną. Wielokrotnie w poczynającym się okresie choroby prześwietlanie daje wynik ujemny, gdy inne metody badania wykazują niechybne zmiany, co dalszy przebieg choroby stanowczo potwierdza. Natomiast w dalej posuniętych okresach promienie x oddają wielkie usługi, określają bowiem rozległość sprawy, zwłaszcza świeże ogniska rozsiane, otoczone względnie zdrowym miąższem, w drugiem, stosunkowo dobrze oddychającem płucu. To ścisłe określenie rozległości sprawy wpływa bezpośrednio i na rokowanie; dlatego badanie promieniami Röntgena powinno uzupełnić zawsze badanie kliniczne tych chorych, u których chodzi o sformułowanie z rozmaitych względów życiowych ścisłego rokowania, lub też którym bywają zalecane dalekie wyjazdy w celu leczniczym. Tosamo można powiedzieć i o wątpliwych przypadkach zmian szczytowych u osobników, podlegających powinności wojskowej. Określanie zrostów opłucnej zapomocą promieni x ulega pewnemu ograniczeniu; doświadczenie bowiem wykazało, że często tam, gdzie rentgenogram wykazywał brak zrostów, natrafiano na nie przy operacyi sztucznej odmy i odwrotnie. Tosamo tyczy się rozpoznania ognisk zwapniałych; sprawa bowiem rozrozróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej zapomocą badań fizycznych pozostaje nadal jeszcze nierozwiązaną.

Grudziński zwraca uwagę na znaczenie rentgenologii w sprawach wysiękowych opłucnej. Przytacza przypadek, w którym prześwietlenie, dokonane na krótko przed wypuszczeniem płynu z opłucnej, wykazało obecność ponad płynem niewielkiej ilości powietrza, nierozpoznanego zwykłemi metodami badania. Wynik ten wywołał zupełną zmianę rozpoznania i leczenia; wypuszczenia płynu zaniechano, sprawa skończyła się pomyślnie dla chorego.

2) Stefan Sterling: **O serodyagnostyce raka.** We wstępie podkreślił S. zasadnicze różnice biologiczne pomiędzy tkanką nowotworową a macierzystą i rozpatrzył przedewszystkiem odczyny lityczne, a więc polegające na rozpuszczaniu krwinek czerwonych osobników innego gatunku (odczyn heterolityczny) lub tego samego gatunku (odczyn izolityczny), odczyn polegający na aktywowaniu jadu okularnika i rozpuszczaniu krwinek końskich, wreszcie wprowadzony i badany przez szkołę wiedeńską odczyn Freunda-Kaminerówney, t. zw. odczyn komórkowy, polegający na tem, iż surowica prawidłowa rozpuszcza komórki rakowe, surowica zaś ludzi, dotkniętych rakiem, zwykle na tkankę rakową nie działa litycznie. Następnie omówił prelegent odczyny odchylania dopełniacza, zatrzymał się obszerniej na wynikach, otrzymanych przez Dungerna, wyjaśnił odczyn anafilaktyczny i zestawił wszystkie badania, jakie w tym kierunku zrobiono. Wspomniawszy pokrótce o odczynie zmętnienia, precypitynowym, oraz osadowym, S. zatrzymuje się na odczynie antytryptycznym, który i dziś jeszcze, według niektórych autorów, posiada pewne znaczenie dla rozpoznania raka. Wreszcie obszernie omawia odczyny natury chemiczno-fizycznej, mianowicie epifanowy, meiostagminowy i hygromipizyczny. Zakończywszy w ten sposób sprawę odczynów z surowicą chorych na raka, zwraca prelegent uwagę, że i z czerwonemi krwinkami robiono wiele badań w kierunku ich odporności względem hypotonicznych rozczynów soli kuchennej, saponiny i jadu okularnika. Wszystkie wymienione badania stanowią jedną wielką grupę, drugą zaś, którą S. omawia w krótkich słowach, stanowią badania nad krwią zwierząt, którym wstrzykiwano tkanki nowotworowe. W zakończeniu na podstawie obszernego piśmiennictwa i pewnego doświadczenia własnego co do niektórych odczynów dochodzi prelegent do wniosku, że odczyn z odchylaniem dopełniacza jest jeszcze zbyt mało wypróbowany, aby co do jego wartości praktycznej można było cośkolwiek powiedzieć; odczyn Freund-Kaminerównej mało ma na razie zwolenników wskutek trudności technicznych; odczyn antytryptyczny ulega coraz silniejszej krytyce i nie jest swoisty; wreszcie największe nadzieje na przyszłość daje odczyn meiostagminowy.

T. Borzęcki.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVIII. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 16. (29.) III. 1912.

Obecnych członków 20, gości 12. Przewodniczy wiceprezes Dr Sz. Dzierżgowski. Na czas wykładu Dra Dzierżgowskiego przewodniczy prezes Związku prof. Dr J. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Szymon Dzierżgowski: **W sprawie powstawania przeciwbłoniczej antytoksyny u koni w warunkach ich życia naturalnego.** Prelegent zdaje sprawę

z badań, które zostały rozpoczęte przed siedemnastu laty. Konie odznaczają się szczególną odpornością przeciwko błonicy, która polega na wytwarzaniu się antytoksyny. Odporność ta może być różnego pochodzenia: może być czynną, czy też bierną lub wrodzoną. Dla wyświetlenia tej sprawy wykonał prelegent szereg doświadczeń na koniach, krowach i kozach, badając nasienie i krew u samców, jaja, mleko, krew i płyny okołopłodowe u samic, również krew u zarodków, płodów i oseskow. We wszystkich tych razach prelegent starał się określić zawartość antytoksyny. Badań na koniach dokonał w głośnej stadninie koni rasowych Józefa hr. Potockiego. Dzięki najrozmaitszym warunkom doświadczeń, doszedł prelegent do następujących wniosków: Dziedziczności w pochodzeniu antytoksyny niema. Przypuszczenie o biernem pochodzeniu znacznych ilości antytoksyny, jak to bywa u koni, ma za sobą mało podstaw; prelegent zaś dochodzi do przekonania, że dzięki wytwórczości komórek ustroju antytoksyna jest czynnego pochodzenia. Dla wytwarzania się antytoksyny nie jest niezbędnym odczyn (choroba), przeciwnie jest on szkodliwym.

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, w jaki sposób określić zawartość antytoksyny w mieszkach jajnika wobec niewielkich ich rozmiarów. — Prelegent: Wielkość mieszka wyrówna prawie wielkości jajka, więc można otrzymać do 20 ctm. sz. płynu. — Prof. Zaleski zapytuje: 1) Czy jest analogia u innych zwierząt taka, jak u koni, co do ich odporności względem błonicy; 2) w jaki sposób badacze doszli do tego, że wybrali konia, a nie krowy, byki i wielbłądy? — Prelegent: Każde zwierzę ciepłokrwiste można zakazić, lecz dla każdego istnieje różna dawka. U ludzi minimalna dawka wywołuje chorobę. U koni silnie wytwarza się antytoksyna, wobec czego ustrój konia nie dopuszcza do rozwoju drobnoustrojów. Co do tego, że wybrano konie, główna przyczyna leży w tem, iż surowica innych zwierząt jest dla człowieka szkodliwą; prócz tego, konie dają znacznie więcej surowicy, aniżeli krowy i woły. Surowica wielbłąda ma własności nieco lepsze, ale wybitnych stron nie posiada. — Przewodniczący prof. Ziemacki w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt i za poruszenie ważnej sprawy odporności, która jest obecnie na dobie.

II. Dr St. Ostrowski: **Przyczynek do urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków**. (Rzecz wydrukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Prof. Ziemacki podnosi znaczenie tych badań wobec tego, że sprawa ta jest znana przeważnie w patologii dorosłych, u niemowląt zaś mało jeszcze zbadana. — Przewodniczący Dr Dzierżgowski dziękuje prelegentowi za nader ciekawy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Wiceprezes Dr Dzierżgowski podaje do wiadomości, że Dr Władimirow zwrócił się do Związku z prośbą o odczyty na »biały kwiatek«. Uchwalono prosić Dra Michałowicza o wygłoszenie odpowiedniego odczytu. 2) Prof. Ziemacki podnosi sprawę o powołaniu do życia komisyi regulaminowej, którą utworzono w roku zeszłym w celu spisania regulaminu (Ziemacki, Sowiński, Z. Orłowski). Uchwalono komisyę tę zwołać na 21 marca. 3) Posiedzenie »Opieki lekarskiej« odbędzie się w dniu 6. kwietnia 1912 r., a na niem ma być poddany obradom projekt Dra Marcinkiewicza w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6. XI. 1912.

Przewodniczący Dr Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Klosenberg przedstawia chorego, który w lipcu 1911 r. uderzony został ostrem narzędziem w tył szyi, zemdlał i leżał nieprzytomny 6 godzin, poczem dopiero został zabrany do domu. Przez 24 dni leżał w szpitalu ewangelickim. W ciągu $^1/_2$ roku zupełny bezwład kończyn prawych, który z biegiem czasu zmniejszył się. Brak zaburzeń w moczeniu, na początku tylko dokuczliwe zaparcie stolca. Czynności płciowe nie ucierpiały. Od początku stałe drętwienie w kończynach lewych. Przedmiotowo zanik m. kapturowego i nadgrzebieniowego prawego ze znacznem osłabieniem odczynu galwanicznego i faradycznego bez zmian jakościowych. Prawostronny niedowład kurczowy ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych, drżeniem rzepki i stopy i z objawami Babińskiego i Oppenheima. Lewostronna hemihyperestezya wszystkich rodzajów czucia powierzchownego do wysokości krtani. Po stronie porażenia znajdujemy zwężenie źrenicy i szpary ocznej przy zachowanem oddziaływaniu na światło, jako objaw ze strony dolnego odcinka szyjnego rdzenia kręgowego. Objawy te wskazują na **zajęcie połowicze rdzenia, zespół Brown-Sequarda**. Porażenie mięśni i górna granica zaburzeń czucia pozwalają na umiejscowienie sprawy w okolicy C_4 C_5.

2) Kol. Mogilnicki złożył obszerne sprawozdanie z **międzynarodowego Zjazdu pedyatrów** w Paryżu.

3) Kol. Tomaszewski przedstawił **preparat**, składający się z **połowy okrężnicy wstępującej, kątnicy i wyrostka robaczkowego**. Cały ten splot kiszek usunięty został z powodu gruźlicy kątnicy u 5-letniej dziewczynki. Przyjęta ona została na oddział wewnętrzny z powodu bólów w brzuchu; tam przy badaniu wyczuwano w lewem podżebrzu guz podłużny, idący ku linii środkowej i tu ginący. Postanowiono zrobić próbną laparotomię. W uśpieniu guza w lewem podżebrzu nie udało się wymacać, natomiast dawał się wyczuć po prawej stronie powyżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej guz okazał się wyżej wymienionym splotem kiszek. Ślepa kiszka miała nadzwyczaj długą krezkę. Cały ten gruźliczy splot wycięto — zrobiwszy przedtem enteroanastomozę między okrężnicą wstępującą a jelitem biodrowem, — a końce jelita biodrowego i okrężnicy zaszyto na głucho. Dziecko zniosło operacyę zupełnie dobrze i opuściło szpital zdrowe po 4-tygodniowym pobycie.

4) Kol. Goldman przedstawił preparat **mięsaka barwikowego**, usuniętego wraz z palcem ręki u 50-letniej kobiety.

Posiedzenie z dn. 20. XI. 1912 r.

Przewodniczący Dr Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Goldberg przedstawił chorą, której wyciął **guz gruczołu przyusznego**. Cięcie w kształcie podkowy jako najdogodniejsze i najłatwiej dające dostęp. W 3 przypadkach operowanych przez siebie nie widział nawrotów.

Kol. Sterling w dyskusyi w sprawie pokazu kol. Goldberga. Uwaga, że kol. Goldberg w żadnym z 3 operowanych przez siebie przypadków nie widział nawrotów, traci na wartości wobec braku badania mikroskopowego guzów, o których nie wiadomo ściśle, czy były złośliwe. Termin guzy »dobrotliwe« jest wadliwy, należy mówić guzy »łagodne«.

2) Kol. Goldman: **Przyczynki do wolnego przeszczepiania powieki**. Wgojenie się przeszczepionych narządów i tkanek następuje tem trudniej, im większe wymagania co do warunków odżywiania stawia przeszczepiona tkanka. Najlepiej przeto nadają się do przeszczepiań ścięgna: jako pozbawione naczyń otrzymują pożywienie z otaczających tkanek, a te warunki mają również po usunięciu z miejsca stałego pobytu i przeniesieniu w nowe środowisko. Technika przeszczepiania jest nader prosta: najczęściej używamy szerokiej powięzi biodra, którą obnażamy cięciem podłużnem i wybrawszy odpowiedni płat, umocowujemy go kilkoma szwami i skórę zeszywamy na biodrze, nie zamykając braku powięzi. Zalety powięzi, jako materyału do przeszczepiań, są następujące: 1) cienkość płatów umożliwia prędki zrost z otaczającemi tkankami, 2) powięź jest nadzwyczajnie trwała, 3) prawie nieograniczony zapas mate-

ryału, 4) mała szkoda wyrządzona na miejscu, skąd bierzemy powięź, 5) różnorodność zastosowania. (Streszczenie własne).

3) Kol. Eisner przedstawił chorego, któremu z powodu **opadnięcia** lewej **powieki** dokonał **transplantacyi** kawałka **powięzi szerokiej**, który przyszył do mięśnia czołowego. Chory obecnie podnosi powiekę. Lekki lagophthalmus.

4) Kol. Goldman przedstawił **nerkę**, usuniętą 46-letniemu mężczyźnie z powodu **nowotworu**, wychodzącego z miedniczki nerkowej. Chory narzekał od $1\frac{1}{2}$ roku na silne bóle w okolicy lewej nerki, od czasu do czasu w moczu była silna domieszka krwi, chory silnie schudł. Najsilniejsze bóle występują, gdy chory leży na prawym boku, promieniują ku przodowi i dołowi, niekiedy do jąder. Badanie obok słabej budowy, zaniku tkanki tłuszczowej, bladości skóry i błon śluzowych wykazuje przy braku obrzęków mętny mocz. Cystoskopia (Dr Litmanowicz): Trójkąt Lieutauda zaczerwieniony, obydwa ujścia moczowodów dobrze widoczne; naokoło prawego wybroczyny krwawe, mocz tryska strumieniem; ujście lewego nie różowe, mocz wydziela się rzadziej, niż z prawego, słabym strumieniem, od czasu do czasu z lewego moczowodu wydzielają się nieznaczne kłaczki. Zgłębnikowanie moczowodów łatwe z obu stron bez przeszkody aż do miedniczek. Z prawego moczowodu mocz stale mętny wydziela się kroplami dość częstemi, w przeciągu 25 minut wydostano 30 cm^3 moczu. Z lewego mocz wydziela się bardzo rzadko, w przeciągu 25 minut 8 cm^3, mętny, nieco krwawy. Badanie moczu dało wyniki następujące: 1) z pęcherza — nabłonki pęcherzowe, leukocyty; 2) z lewej nerki: czerwone ciałka krwi, leukocyty; 3) z prawej nerki: leukocyty, nabłonki nerkowe. Po wstrzyknięciu indygokarminu z prawego moczowodu wydziela się zabarwiony mocz po 18 minutach, z lewego po 30 minutach jeszcze niema zabarwienia. 20. XI. w uśpieniu eterowo-pantoponowem (0,02) usunięcie nerki. Nerka wielkości głowy noworodka; — całą nerkę wypełnia guz, wychodzący z miedniczki, substancya korowa ścieńczała. Guz poddano badaniu drobnowidowemu (Dr Lange).

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

III. posiedzenie Zjazdu poświęcone było krytycznemu rozpatrzeniu **metody psychoanalitycznej Freuda**.

Dr Borowiecki (Kraków) w treściwym wykładzie opisuje metodę psychoanalityczną i z opisu wyprowadza jej kryterya. Powstała ona z metody katartycznej, zapomocą której starano się wykryć w stanie hypnozy kompleksy »chorobotwórcze«, po większej części nieobecne w zwykłym stanie świadomości. Różni się jednak od tej ostatniej zasadniczo tem, że wydobywa je na jaw w stanie zwykłej świadomości. Celem psychoanalizy, a zarazem i różnicą jej od innych metod jest poznanie »nieświadomego« i jego mechanizmów; jej środkiem są luźno nasuwające się do danego przejawu psychicznego (marzenia senne, objawy chorobowe) skojarzenia, podawane analizującemu bez wszelkiej oceny i bez zastanawiania się. Jako metoda, posługująca się środkami bardzo prostymi, nie da się ona zastąpić innemi metodami. Jej podmiotowość tkwi w konieczności interpretowania faktów. Niemniej jednak istnieje szereg kryteryów, jakoto: możność przewidywania, jednakowy wynik interpretacyi całego szeregu przejawów życia psychicznego badanej jednostki, zgodność różnych badaczy przy analizowaniu tego samego objawu psychotycznego u pewnej jednostki i wiele innych.

Dr Karpińska (Zakopane) omawiała psychologiczne podstawy Freudyzmu. Psychoanaliza stawia sobie za zadanie poznanie, jaki udział ma nieświadome w życiu psychicznem jednostki pod względem materyalnym i formalnym. Świadomość jest efektem ścierania się pod progiem świadomości sił psychicznych, które są i wtedy czynne w psychice, gdy nie uświadamiamy ich sobie. W walce tej podświadomej rozstrzygająca rola przypada afektywnie zabarwionym treściom psychicznym. Dla wyjaśnienia tego działania Freud podaje hypotezę dynamiczną afektów. Psychologia Freuda jest biologiczną, ewolucyonistyczną. Psychika nasza przechodzi swój rozwój od dziecięctwa do dojrzałości człowieka, przyczem daje się stwierdzić równoległość ontogenezy i filogenezy. Przez takie pojmowanie psychiki stwarza się możność wyjaśnienia jej funkcyonowania zarówno u zdrowego, jak i chorego człowieka. Granica między obu tymi stanami staje się płynną, gdyż tu i tam czynne są tesame mechanizmy, a tylko wzmożenie lub osłabienie czynników wchodzących w grę sił jest rozstrzygające. Studyowanie psychologii nerwic ma wielkie znaczenie dla zrozumienia społecznych wytworów kultury, filozofii, sztuki i t. d., gdyż nerwice, stanowiąc głęboko sięgające analogie do wyżej wymienionych, zdają się być zarazem ich karykaturami.

Dr Bandrowski (Lwów) rozpatrywał wyniki teoryi psychoanalizy z punktu widzenia podstawowych teoryi psychologicznych. Z punktu widzenia hypotezy asocyacyjnej psychoanaliza jest pierwszą ważną próbą zbadania przebiegu wyobrażeń drogą analizy złożonych i danych faktów psychicznych. W świetle innej hypotezy: jednoznacznego przyporządkowania zjawisk fizyologicznych i psychicznych, Freud podał szereg przypuszczeń, rzucających wiele światła na tę sprawę, z któremi jednak zgodzić się bez zastrzeżeń niepodobna.

Dr Chłapowski (Poznań) protestuje przeciwko neologizmowi, używanemu przez prelegentów: »przeżycie« (w znaczeniu »Erlebniss«), proponuje zaś zastąpienie go słowem »wyżycie«.

Dr Jekels (Bystra) mówi o psychicznym biseksualizmie. Pierwiastki męskie i żeńskie, w myśl Freudowskiego pojęcia seksualizmu, pochodzą z pierwotnych znamion płciowych. Do psychologii można wprowadzić zatem czysto biologiczne pojęcia »męski« i »żeński«. Do pojęcia tego dojść można drogą analizy marzeń sennych.

Doc. Dr Radecki (Kraków) podkreśla pierwiastki biologiczne w poglądach Freuda, a mianowicie: genetyczne ujmowanie zjawisk, prawo zachowania energii w mechanizmach psychicznych, ekonomia energii i biologiczne ujęcie nieświadomości.

Dr Beaurain (Zakopane), stosując ewolucyjną metodę badań, znajduje w typie umysłowym dziecka cztery główne cechy: łatwość kojarzeń, konkretność wyobrażeń, częściowe postrzeganie i brak zdolności do abstrahowania. Wszystkim tym warunkom psychicznym odpowiada symbolizm, który ma właściwość języka pierwotnego.

Dr Nelken (Kulparków) omawia zastosowanie psychoanalizy do chorób umysłowych i stwierdza, że teorya Freuda odgrywa wielką rolę w powstawaniu objawów otępienia przedwczesnego. Dalej przedstawia mechanizmy powstawania tych objawów przez wypieranie ze świadomości nieprzyjemnych kompleksów wyobrażeń i ich zanikanie w razie poprawy. Wreszcie zastanawia się nad symboliczną treścią tych objawów i nawiązuje analogię pomiędzy nimi a mitologicznemi i folklorystycznemi badaniami.

Dr Nunberg (Kraków) w odczycie swym o niespełnionych życzeniach według nauki Freuda, analizuje pojęcie »życzenia«, uważając je za tendencyę do uzyskania rozkoszy na drodze przeżyć. Tendencya ta powstaje wskutek przykrości przy niezaspokojonych popędach. Drugą cechą życzenia jest dążenie do powtórzenia pewnych przeżyć, niegdyś doznanych. Życzenie dąży zawsze do wyżycia się, które może nastąpić realnie, lub fikcyjnie w fantazyach albo halucynacyach. Fikcyjne wyżycie się charakteryzuje sposób myślenia ludów pierwotnych, u człowieka zaś doby dzisiejszej występuje w marzeniach sennych, chorobie psychicznej i twórczości artystycznej.

Obszernej i bardzo różnostronnej dyskusyi na temat wartości metody psychoanalitycznej, jej kryteryów, uzasadnienia naukowego i stosunku do istniejących metod, poświęcono wiele czasu.

Dr Jaroszyński roztrząsa dodatnie i ujemne strony teoryi Freuda. Za dodatnie uważa: wprowadzenie determinizmu psychologicznego do neurologii i psychiatryi, dążenie do zbadania mechanizmów podświadomych u zdrowego i chorego, ustalenie związku wzruszeń i konfliktów moralnych z budową chorej psychiki i określenie sił dynamicznych, rządzących w ustroju psychicznym. Do ujemnych stron zalicza: wadliwe pomyślenie teoryi płciowości i fantastyczność interpretacyi symbolów. Co do wskazań leczniczych tą metodą, są one naogół rzadkie.

Dr Bornstein przypisuje metodzie psychoanalitycznej wielkie znaczenie teoretyczne, ponieważ pozwala ona wejrzeć w ciemne strony dotąd mało znanych postaci chorobowych (natręctwa

myślowe, nerwice lękowe). Dalej zwraca uwagę na czynnik seksualny, jako wyzwalający otępienie wczesne.

Doc. Dr Mazurkiewicz uważa za ujemną stronę Freudyzmu: panseksualizm, z pominięciem popędu samozachowawczego, i symbolikę, dającą pole do dowolnych wyjaśnień. Kierunek deterministyczny i nauka o kompleksach, pozwalająca wyjaśnić treść objawów chorobowych (urojeń, halucynacyi i t. d.) stanowią dodatnią stronę nauki Freuda. Mimo to jednak znajomość treści objawów chorobowych nie może dać nam wyjaśnienia etyologicznego chorób umysłowych. Zboczenia seksualne są podobnie, jak i inne objawy patologiczne, skutkiem zboczonej działalności układu nerwowego. Dla tych powodów nie może być mowy o wyleczeniu radykalnem objawów psychopochodnych, nietylko metodą psychoanalityczną, ale żadną wogóle.

Dr Fajersztajn podnosi ze stanowiska klinicznego, że szkoła Freuda rozpatruje nerwice jednostronnie, z punktu widzenia formalistycznego. Stara się ona jedynie wykryć mechanizmy powstawania obsesyi czy fobii, nie biorąc pod uwagę małej odporności chorych na kompleksy obsesyjne. Zdaniem mówcy obsesye występują wyłącznie u ludzi, do schorzeń tych usposobionych.

Dr Rosenthal zwraca uwagę na to, że zastosowanie metody Freuda do psychiatryi wyjaśniło coprawda treść psychotyczną, ale zatarło natomiast granicę pomiędzy nerwicami, a grupą chorób otępienia wczesnego.

Dr Mikulski jest zdania, że żadne z twierdzeń Freuda nie może być jeszcze uznane za udowodnione, gdyż jako dedukcyjnie wysnute muszą stale być sprawdzane i zestawiane z faktami istniejącymi. Takimi probierzami ich prawdziwości są: podmiotowe poczucie lekarza lub chorego, że osiągnięte wyniki odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy i pomyślne wyniki terapeutyczne. Oba one jednak są bardzo chwiejne.

Dr Jarkowski widzi zasługę szkoły psychoanalitycznej w podpatrywaniu mechanizmu procesów psychicznych, natomiast podaje w wątpliwość wyłączne znaczenie tej metody w rozwikłaniu patogenezy i leczenia pewnych nerwic, zwłaszcza histeryi. Kompleksy seksualne są bardzo powszechne, a podatność histeryków na sugestyę ułatwia znalezienie u nich tych stanów i zaburzeń psychicznych, których się doszukujemy. Sprawdzianem znaczenia patogenetycznego kompleksów nie jest wynik leczniczy, gdyż wynik leczniczy w histeryi zależy nie od środka użytego, ale od wywieranego na chorego wpływu. W tem tylko znaczeniu psychoanaliza może mieć znaczenie lecznicze.

Prof. Dr Rubczyński sądzi, że początki sztuki i poznania estetycznego nie mają wcale albo tylko mało pierwiastków wspólnych z seksualnymi. U dzieci prawidłowych i społeczeństw pierwotnych popęd do kształtowania, igraszki, rozkładania i składania rzeczy, jest silniej zaznaczony i częściej czynny, niż wpływy seksualne. Popęd mieści w sobie cel, ku któremu zdąża; należy więc odróżniać sam popęd od przyjemności, osiągniętej przy zadosyćuczynieniu mu. Popędy, które przyczyniają się najwięcej do rozszerzenia kultury, mają raczej charakter formalny. O kwestyi determinizmu nie rozstrzygają doświadczenia, osiągnięte psychoanalizą, bo w osobnikach badanych tą metodą myślenie i wola są zawieszone.

Dr Jekels podkreśla te pierwiastki, które nadają psychoanalizie wyższość leczniczą, jakoteż i zapobiegawczą. Jest nim przedewszystkiem oswobodzenie intelektu od afektywnych domieszek, które w przypadkach nerwicy powodują ślepotę psychiczną.

Dr Nelken przeprowadza analogię pomiędzy teoryami histeryi, podanemi przez Babińskiego i Freuda.

Przedmiotem IV posiedzenia Zjazdu były **zjawiska psychoelektryczne.**

Pierwszy zabrał głos Doc. Dr R a d e c k i, omawiając szczegółowo zjawiska psychoelektryczne. Polegają one na fakcie, że niektóre procesy psychiczne wywołują pewne zmiany organiczne, których wyniki fizyczne mogą być zapisywane zapomocą wychyleń galwanometru, połączonego elektrodami z ciałem ludzkiem. Fizyologiczna przyczyna tych zmian nie jest jeszcze dokładnie poznana; główną rolę zdają się odgrywać zmiany krążenia i wydzielnicze. Procesami psychicznymi, którym odpowiadają reakcye psychoelektryczne, są wyłącznie procesy afektywno-wzruszeniowe. W praktycznem zastosowaniu galwanometr stać się może cennym środkiem do wykrywania wzruszeń utajonych lub podświadomych. Jako metoda, która umożliwia pewną dysocyacyę złożonych procesów psychicznych, ma ona znaczenie metodyczne przy każdem prawie doświadczeniu psychologicznem.

Dr Dunin-Borkowski mówił o podstawach fizycznych i fizyologicznych tychże zjawisk. Prelegent przejrzał krytycznie metodykę, stosowaną dotychczas przy badaniu zjawisk psychoelektrycznych. Przechodząc do wyników doświadczeń, otrzymanych drogą ścisłych metod (strunowy galwanometr i nowy sposób łączenia), prelegent wykazuje od jak wielu, i od jak skomplikowanych czynników natury fizycznej zależy wystąpienie zjawiska. Na podstawie otrzymanych przez prelegenta danych niema zdaniem jego zależności wychyleń galwanometru od wzruszeń psychicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Korespondencya.

W i l n o, w styczniu 1913.

Ubiegły rok 1912 w dziejach Wilna zapisze się dużemi zgłoskami: przystąpiono wreszcie do robót kanalizacyjnych i wodociągowych. Miasto oddawna kołatało do władz w tej sprawie; dopiero w r. 1911 otrzymano pozwolenie na zaciągnięcie pożyczki $4^1/_4$-milionowej na wodociągi i kanalizacyę. Już w r. 1914 mieszkańcy niektórych dzielnic miasta obdarzeni zostaną wodą artezyjską i nareszcie pozbędą się ohydnych beczek asanizacyjnych, tej istnej plagi wileńskiej. Według obliczeń naczelnego kierownika robót kanalizacyjnych i wodociągowych, p. inż. Szenfelda z Warszawy, wodociąg miejski będzie mógł dostarczyć na dobę 31 tysięcy metrów sześciennych wody artezyjskiej; przypuszczalnie każdy mieszkaniec zużywać będzie 80 do 120 litrów wody na dobę; liczba to mała w porównaniu z Zachodem, gdzie każdy mieszkaniec większego miasta zużywa do 400 litrów wody na dobę. Wilno ma obecnie przeszło 200 tysięcy mieszkańców, ogólna zaś ilość wody obliczona na 350 tysięcy. Obliczenie takie, zdaniem p. Szenfelda, w zupełności zabezpiecza Wilno na lat 25—30; przykładem jest Warszawa. W r. 1880 wodociąg warszawski, obliczony na 500.000 mieszkańców, został zbudowany zaledwie w $^3/_4$ projektowanej wielkości; pomimo to Warszawa, mająca obecnie przeszło 800 tysięcy mieszkańców, nie potrzebuje jeszcze zwiększać swych urządzeń wodociągowych.

Drugim wielkim atutem w sprawie uzdrowotnienia Wilna jest miejska organizacya bezpłatnej pomocy lekarskiej dla biednych; do r. 1912 ciężar owej dobroczynności ponosili lekarze praktykujący. Obecnie miasto podzielono na osiem okręgów, w każdym okręgu jest przychodnia dla biednych, lekarz ordynujący w takiej okręgowej przychodni obowiązany jest również odwiedzać chorych w domu. Miasto płaci za to lekarzom dla biednych po 1800 rub. rocznie; wynagrodzenie niby nie jest małe, ale ów lekarz dla biednych w swoim okręgu pełni także czynności lekarza sanitarnego. Takie połączenie obu czynności jest nieodpowiednie; próba, jak się należało spodziewać, nie wypadła dobrze, i miejska komisya sanitarna zamierza rozgraniczyć obie sfery działalności; zyska na takiem rozgraniczeniu i służba sanitarna i pomoc dla biednych.

Wogóle w dziedzinie uzdrowotnienia Wilna miasto ostatniemi czasy podąża szybko. Zbudowano nowe baraki dla chorych zakaźnych, stary zaś, który w miarę wzrostu miasta znalazł się wreszcie w samym środku miasta, został spalony. Obecnie kolej na komorę dezynfekcyjną. Zbudowana przed 10 laty komora nie zadowalnia wymagań obecnych, to też w tym roku miasto przystąpi do budowy nowej komory w pobliżu nowych baraków dla zakaźnych.

Na zakończenie nie mogę pominąć sprawy otwarcia w Wilnie uniwersytetu Oddawna miasto stara się o to, ale dotychczas władze stale odmawiały. Obecnie miasto zwraca się ponownie do władz z propozycyą otwarcia uniwersytetu celem uczczenia 300. rocznicy panowania Romanowych; na ten cel miasto przeznacza milion rubli i 20 dziesięcin ziemi dla urządzenia wydziału agronomicznego. Należy spodziewać się, że miasta sąsiednie i ziemianie okoliczni również złożą ofiarę; może wobec takiego postawienia sprawy władze nieco chętniejszem okiem spojrzą na propozycyę miasta, tem bardziej, że uniwersytet ma się nazywać Romanowskim. Może nareszcie młodzież nasza nie będzie zmuszona tułać się po Moskwach, Petersburgach, Kazaniach i t. d., gdzie wpływ kultury obcej wyciska na niej swe piętno.

Safarewicz.

Kilka słów w sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.

W r. 1909 przedłożony został na XX sesyi parlamentu austryackiego rządowy projekt »ustawy o pozbawieniu własnowolności« (Entmündigungsgesetz).

Dążenia współczesnej psychiatryi do zatarcia średniowiecznego systemu więziennego zakładów dla umysłowo chorych, do zbliżenia tych zakładów w miarę możności do ustroju zwykłych szpitali publicznych przez odpowiednią organizacyę życia chorych, przez ułatwienie ich przyjmowania i wydalania i t. p., — wszystkie te najważniejsze postulaty wcale przez ów projekt uwzględnione nie zostały. Przeciwnie, projekt wprowadza nie istniejące dotąd t. zw. »postępowanie detencyjne« (§ 20 do § 29), mające na celu orzeczenie przez sąd, czy przetrzymywanie chorego w zakładzie jest dopuszczalne, zanim sąd wdroży obowiązujące i obecnie »postępowanie kuratelarne«. Jako znawcy w tych postępowaniach mogą według projektu występować »doświadczeni lekarze, w miarę możności posiadający wykształcenie psychiatryczne« (a więc nie koniecznie!), i z kategorycznem wykluczeniem lekarzy, najlepiej znających stan zdrowia chorego, t. j. lekarzy zakładowych (§ 23 projektu). Nadto wprowadzał projekt nową instytucyę »mężów zaufania«, obieranych przez osoby, mające być pozbawione własnowolności (§ 35), a posiadających szeroki zakres działania aż do wglądania i odpisywania wszelkich aktów zakładowych, dotyczących chorego. Ponieważ »mężem zaufania« chorego według projektu nie może być tylko człowiek, niezdolny do działań prawnych albo znany jako pokątny doradca, więc chorzy kryminalni, — a tych w zakładzie np. kulparkowskim jest 10% ogółu chorych —, mieliby prawo notorycznych kryminalistów wybierać na »mężów zaufania«, mogących gospodarować w aktach zakładowych.

Przytoczone powyżej i inne jeszcze postanowienia projektu byłyby katastrofą dla racyonalnej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi, gdyby się stały prawomocną ustawą.

Niestety w ostatnich dniach komisya prawna Izby posłów przyjęła projekt rządowy — pomimo energicznych protestów ze strony psychiatrów — z odrzuceniem wprawdzie instytucyi »mężów zaufania«, ale z pozostawieniem »postępowania detencyjnego«. Każdy chory, mający i obecnie wobec postępowania kuratelarnego dostateczną opiekę władz sądowych, na przyszłość stykałby się z komisyą sądową już w pierwszych dniach swego pobytu w zakładzie, kiedy chory zwykle jest najbardziej skłonny do stanów podnieceń i kiedy względy lekarskie wymagają największego dlań spokoju. Postępowanie detencyjne byłoby zatem szkodliwe dla zdrowia chorego, kojarzyłoby odrazu w jego umyśle zakład, w którym się znalazł, z sądem, z karą, z więzieniem. Każdy laik, zdawałoby się, powinien rozumieć, jak kojarzenia takie utrudniają lekarzom i personalowi zakładowemu pozyskanie zaufania chorego, a więc pierwszy niezbędny warunek racyonalnego leczenia umysłowo chorych. Ta projektowana innowacya, szkodząca zdrowiu chorego, obarczająca personal zakładowy szeregiem nowych formalistycznych czynności, ma na celu zapobiedz bezprawnemu zatrzymywaniu w zakładzie ludzi umysłowo zdrowych, rzekomo jeszcze i dziś możliwemu. Dla tej fikcyi, dla tego straszaka, nie mającego podstaw realnych, nie popartego ani jednym przykładem od czasu, jak u nas istnieją zakłady psychiatryczne, otrzymują te zakłady, do dzisiejszego dnia tylko drobny ułamek ciężkich, prawdziwych psychoz, — i to z trudem — mogące pomieścić, dzisiaj takie wotum nieufności w projekcie rządowym i w parlamentarnej komisyi prawnej, które nietylko obciąży nowym wydatkiem tysiące ubogich chorych, przechodzących przez zakłady, ale nadto zaszkodzi ich leczeniu i zdrowiu.

Należy się spodziewać, że podczas obrad nad projektem w plenum Izby posłów Koło polskie i Klub posłów ruskich zajmą stanowisko o tyle energiczne w obronie zdrowego rozwoju opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, że projekt ustawy o pozbawieniu własnowolności zostanie w dzisiejszem jego brzmieniu przez parlament odrzucony, jako wręcz szkodliwy.

J. Mazurkiewicz.

Odezwa do kolegów w sprawie Muzeum etnograficznego.

W wielu jeszcze kierunkach brak nam zbiorów naukowych, które dla rozwoju lub popularyzacyi pewnych gałęzi wiedzy są niezbędne. Pilną potrzebą jest np. założenie publicznego Muzeum przyrodniczego, dotyczącego własnego naszego kraju, jakie posiadają już wszystkie narody kulturalne, a jakiego myśl propaguje u nas od szeregu już lat inż. Stobiecki. Do takich pilnych potrzeb należało też Muzeum etnograficzne, które do niedawna jako instytucya odrębna wcale nie istniało. Poza zbiorem do etnografii małoruskiej w Muzeum im. Dieduszyckich we Lwowie, poza niezbyt wielką liczbą przedmiotów, znajdujących się w Muzeum im. Dr Adryana Baranieckiego w Krakowie i poza kilku zbiorami prywatnymi, nie mieliśmy w tym względzie nic więcej. Założenie wielkiego publicznego zbioru stawało się zaś tem pilniejsze, im bardziej znika charakterystyczny strój, sprzęt, obyczaj, pieśń, a nawet język różnych odłamów ludności na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej.

By złemu zaradzić, rozpoczął przed paru laty niestrudzony a wielce zasłużony etnograf, p. Seweryn Udziela, gromadzić okazy etnograficzne przy Muzeum narodowem w Krakowie. Dopiero jednak, gdy prof. Dr Talko-Hryncewicz objął katedrę antropologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, powiodło się wspólnym usiłowaniom doprowadzić do skutku założenie publicznego Muzeum antropologiczno-etnograficznego. Przed Muzeum tem otwarły się nadzieje szybszego rozwoju, gdy w roku bieżącym Wydział krajowy galicyjski zajął przychylne stanowisko wobec starań o pomieszczenie Muzeum na wzgórzu Wawelskiem w jednej połaci budynków w sąsiedztwie przyszłego Muzeum narodowego i o subwencyę na odnowienie tych budynków.

Nadszedł przeto czas, by do gromadzenia okazów etnograficznych zabrać się energicznie. Rzecz prosta, że lekarze, stykający się ciągle z ludem, mogą stosunkowo łatwiej, niż kto inny, pozyskać dla Muzeum niejeden cenny przedmiot. Niewątpliwie też każdy z tych kolegów, któremu etnografia nie jest obojętną, zechce się w tym kierunku do rozwoju Muzeum przyczynić. Ale jest jeden dział etnografii naszej, w którym szczególnie lekarze, a nieraz tylko lekarze mogą Muzeum zbogacić. Działem tym jest m e d y c y n a l u d o w a. Wprawdzie pewne jej strony są właśnie lekarzowi mniej dostępne: z pewnymi swymi przesądami leczniczymi, z pewnemi praktykami, lud ukrywa się gdzieniegdzie przed lekarzem szczególnie starannie. Nie o nie jednak głównie chodzi; w tym bowiem względzie mamy już bogaty materyał w dziełach niezapomnianego Oskara Kolberga, mamy też i opracowania umiejętne, jak np. książkę Dra Maryana Udzieli. Ale najczęściej lekarzowi dostępne bywają rozmaite przedmioty, używane w medycynie ludowej, bo lekarz jest tym, który miewa sposobność oglądać smutne nieraz następstwa ich użycia. Chodzi tu o wszelakie prymitywne przyrządy, naiwne nieraz narzędzia, protezy i t. d., dalej rozmaite przez znachorów i partaczy lub w domowej medycynie ludowej powszechnie stosowane leki, przetwory, zioła. P. Seweryn Udziela zgromadził zielnik, obejmujący wszystkie gatunki roślin, używane przez lud w celach leczniczych: zbiór ten jednak odnosi się tylko do okolic Krakowa. Podobne zbiory należałoby zestawić dla wszystkich części kraju we wszystkich dzielnicach; rzecz do pokierowania nietrudna dla kolegów, interesujących się botaniką. Wiele przedmiotów, pokazywanych w naszych Towarzystwach lekarskich, jako »curiosa«, znalezione u chorych, leczonych przez znachorów, byłoby dla Muzeum cennym materyałem, gdy obecnie bezpowrotnie marnieje. Oczywiście przy każdym takim przedmiocie, nadesłanym do Muzeum, potrzebne jest objaśnienie, w jakim celu go używano, w jakim przypadku znaleziono, z uwzględnieniem nasuwających się uwag lekarskich.

Aby jednak utworzyć w Muzeum taki specyalny dział medycyny ludowej, dającej należyty jej obraz, trzeba współdziałania jak najszerszych kół lekarskich. Do tego współdziałania zapraszając więc wszystkich kolegów, nadmieniam, że należące do tego działu dary przesyłać najlepiej wprost na ręce prof. Dr Talko-Hryncewicza (Kraków, ul. Studencka), albo na ręce p. Seweryna Udzieli (Kraków, Akademia Umiejętności). Zresztą sam w tem także chętnie pośredniczyć jestem gotów.

Czasopisma lekarskie polskie upraszam uprzejmie o powtórzenie tej odezwy.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 29. I. 1913 posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz wspólnie z Dr Dudejem, prof. Kader i prof. Rosner przedstawiali przypadki ze swoich klinik. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg, Hirsch i Krawczyński.

— Grupa krakowska Tow. »Domu zdrowia« uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem, chcąc przez założenie »Archiwum przeciwgruźliczego« dać możność członkom swym bliższego zapoznania się z zagadnieniem walki z gruźlicą, a prelegentom swym udostępnić korzystanie ze źródłowych materyałów, zwraca się do stowarzyszeń, instytucyi i ogółu z prośbą o nadsyłanie broszur, odezw, sprawozdań i wszelkich druków, dotyczących ruchu przeciwgruźliczego w Polsce i zagranicą. Adres: Kraków, Coll. Novum, dla grupy krakowskiej Towarzystwo »Pomoc bratnia« w Zakopanem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. I. do 25. I. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 2 (obcych 4 † 1), krztuśca — † 3, ospy wietrznej 5, płonicy 16 † 1 (2 † 7 —), odry 2, duru brzusznego 3 † — (3 † 2), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Antoni Gabszewicz został zatwierdzony na stanowisku lekarza naczelnego szpitala św. Rocha.

— Na rzecz Pogotowia ratunkowego zapisał ś. p. Krompolc 69.724 rb.; na rzecz Kasy wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem zapisała ś. p. Zuzanna Wszeborowa, wdowa po lekarzu szpitala Dz. Jezus, 30.000 rb.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie miało w r. 1912 dochodu 12.945 (w tem z dnia »białego kwiatka« 7.960) rubli, rozchodu 4.467 rb. W przychodniach zbadano 1.599 osób, zaopiekowano się 856 chorymi. W sanatoryum w Rudce umieszczono 7 chorych, w uzdrowisku Towarzystwa — »Leśniczówka« — 25 chorych bezpłatnie. Towarzystwo zamierza założyć trzecią przychodnię i rozszerzyć swą działalność na prowincyę. Do Rady weszli na r. 1913 z lekarzy: Dr A. Sokołowski i Dr J. Szmurło.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 13. I. do 27. I. 1913 przypadków: ospy 7 † 3, płonicy 2 † —, duru wysypkowego — † —, róży 1 † — Dr Trenkner.

Z różnych stron. Porządek dzienny XXIII posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu dnia 18/31 stycznia r. b. obejmował dyskusyę z powodu odczytu prof. Dra St. Trzeciaka o trądzie, wykłady doc. Dr K. Noiszewskiego: O próbach wzroku i Dr Zboromirskiego: Odczyn Bordet-Gengou przy rzerzączce i jej powikłaniach, wreszcie pokazy.

Zmarli:

Dr Bolesław G e p n e r

jeden z najwybitniejszych okulistów polskich przedostatniej doby, w Warszawie w 78 r. ż. Urodzony w Warszawie, medycynę stu-

dyował w Petersburgu, dyplom doktorski uzyskał w Warszawie w r. 1859, gdzie też w latach 1861—1864 pełnił obowiązki ordynatora Instytutu oftalmicznego. W dwu następnych latach pracował w klinice prof. Graefego w Berlinie; w r. 1878 został ordynatorem warszawskiego Instytutu oftalmicznego. Ogłosił drukiem szereg rozpraw z zakresu okulistyki.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 1. (cena 2·50 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Zeszyt styczniowy »kursów lekarskich« poświęcony, jak zwykle, medycynie teoretycznej, zawiera w tym roku dwie rozprawy: Prof. Picka: »Nowsze badania nad budową i rozszczepianiem substancyi białkowych w ustroju zwierzęcym«, oraz prof. Lubarscha: »Granice anatomii i histologii patologicznej; nowe zadania i zagadnienia«. Obie rozprawy mogą budzić wielkie zajęcie w najszerszych kołach lekarskich; pierwsza porusza jedno z najdonioślejszych, na dobie będących zagadnień chemii fizyologicznej, druga dowodnie przedstawia błędność popularnego zdania, jakoby znaczenie morfologii patologicznej w postępie nauk lekarskich zmalało. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1913.

Gazeta lek. Nr 52/1912—4. Dunin-Borkowski: Istota hemolizy i aglutynacyi (52). — Popielski (dok. 52). — Kryński: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego wstrzykiwaniem wyskoku (1). — Chełchowski: Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem (1—4). — Drozdowicz: Badanie promieniami Roentgena, jako metoda dyagnostyczna płuc (2). — Truszkowski: Znaczenie odczynu Pirqueta dla rozpoznania gruźlicy (3). — Cybulski: Elektryczność zwierzęca, jej źródło, przejawy i znaczenie (4—5).

Medycyna i Kronika lek. Nr 52/1912—4. Koenigstein: Porażenie nerwu zwrotnego, przetoka przełykowo-tchawicza wskutek ciała obcego w przełyku (52). — Zylberlastówna (dok. 52). — Ślaski: Wynicowanie macicy (1). — Hertz i Moczulski: Przypadek ostrej utajonej białaczki limfatycznej (1—2). — Urstein: Psychozy maniakalno-depresyjne i okresowe jako przejaw katatonii (2—3). — Majewska: Przypadek wągrowatości mózgu (3). — Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego (4). — Huzarski: Leczenie krwotoków poporodowych (4).

Tygodnik lek. Nr 1—4. Popielski: Niekrzepliwość krwi w odruchowej czynności wydzielniczej ślinianek i gruczołu trzustkowego. Ogólne prawo wydzielania soków trawiennych (1—2). — Ziembicki: Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku, leczonego salwarsanem (1). — Fr. Giedroyć: Przed organizacyą służby zdrowia w wojsku moskiewskiem (1—2). — Starklówna: Nadnercza w stanach patologicznych (2—4). — Wiczyński: Niezwykła przyczyna przedwczesnego odklejenia się łożyska (3). — Wilenko: Sposób działania adrenaliny na przemianę węglowodanów (4).

Nowiny lek. Nr 1. Sędziak: O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych oraz w uszach. — Zembrzuski: Kilka słów o t. zw. obłoniaku. — Dziembowski: Wrzód dwunastnicy w świetle medycyny wewnętrznej. — Stanisław Szuman: Dyagnoza i prognoza jako suggestya w psychologicznem, terapeutycznem i etycznem znaczeniu.

Lekarz wileński Nr 1. Od Redakcyi. — Majewski i Zielińska: O znaczeniu cytologicznego badania wysięku pryszczydłowego dla rozpoznania złośliwych nowotworów. — Minkiewicz: Kilka słów o błędnem rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. — Boguszowski: 1) W sprawie epidemii płonicy 1912 r. w Wilnie. 2) W sprawie zdrowego mleka (z uwzględnieniem danych stacyi analitycznej wileńskiej). — Sycianko: Sole sodu i wapnia w organizmie, a gruczoły wkrewne. — Jeśman: Przychodnia dla chorych gruźliczych w Mińsku litewskim.

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 5. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Przedstawienie chorych z kliniki prof. Lewkowicza i prof. Rosnera. 2) Wykład prof. Rosnera: Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.